

Université de Sherbrooke

**Modes d'organisation de la prise en charge des patients avec un premier
épisode psychotique dans les hôpitaux montréalais**

Par

Chantal Sylvain

Département de réadaptation

Mémoire présenté à la Faculté de médecine

En vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M.Sc.)

En sciences cliniques

Novembre 2006



Library and
Archives Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Published Heritage
Branch

Direction du
Patrimoine de l'édition

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

ISBN: 978-0-494-26051-7

Our file Notre référence

ISBN: 978-0-494-26051-7

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	IV
LISTE DES TABLEAUX.....	V
RÉSUMÉ	VI
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1: RECENSION DES ÉCRITS	6
1.1 LE PREMIER ÉPISODE DE PSYCHOSE.....	6
1.1.1 Définition de la psychose.....	6
1.1.2 Prévalence et évolution des psychoses non affectives.....	7
1.1.3 Premier épisode psychotique.....	9
1.1.3.1 La période critique.....	10
1.1.3.2 Les conséquences de la psychose non traitée.....	11
1.1.3.3 L'efficacité des interventions précoces.....	12
1.1.4 Stratégies d'intervention recommandées pour le traitement du premier épisode psychotique.....	14
1.2 L'ADHÉSION AUX STRATÉGIES D'INTERVENTION SUITE À UN PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE.....	16
1.2.1 Définition de l'adhésion.....	16
1.2.2 Niveau d'adhésion aux stratégies d'intervention après un premier épisode psychotique.....	17
1.2.3 Conséquences associées au manque d'adhésion.....	20
1.2.4 Facteurs influençant l'adhésion aux stratégies d'intervention suite à un premier épisode psychotique.....	22
1.2.4.1 Les facteurs sociaux et économiques.....	24
1.2.4.2 Les facteurs psychologiques.....	26
1.2.4.3 Les facteurs reliés à la condition de santé.....	27
1.2.4.4 Les facteurs reliés à l'intervention.....	28
1.2.4.5 Les facteurs reliés à l'organisation des services.....	29
1.2.4.6 Synthèse des facteurs.....	31
1.3 L'ORGANISATION DES SERVICES	32
1.3.1 Composantes de l'organisation des services.....	32
1.3.2 Influence de l'organisation des services sur l'adhésion des patients : aperçu général.....	33
1.3.3 Influence de l'organisation des services sur l'adhésion des patients : le cas des personnes souffrant d'un trouble grave de santé mentale.....	34
1.3.3.1 Les processus.....	35
1.3.3.2 La structure.....	42
1.3.3.3 Synthèse des facteurs.....	45
1.3.4 Approche pour étudier l'organisation des services.....	46
1.4 CONCLUSION DE LA RECENSION DES ÉCRITS	48
CHAPITRE 2: CADRE CONCEPTUEL ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	50
2.1 CADRE CONCEPTUEL.....	50
2.2 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	52
CHAPITRE 3: MÉTHODOLOGIE	53
3.1 STRATÉGIE DE RECHERCHE	53
3.2 PARTICIPANTS ET RECRUTEMENT.....	54
3.2.1 Population à l'étude.....	54
3.2.2 Choix des informateurs clés.....	54
3.2.3 Recrutement des informateurs clés.....	56

3.3	COLLECTE DE DONNÉES	57
3.3.1	<i>Stratégie retenue.....</i>	57
3.3.2	<i>Étapes de la construction du guide d'entrevue</i>	57
3.3.3	<i>Déroulement des entrevues.....</i>	59
3.4	ANALYSE DES DONNÉES	60
3.5	VALIDATION DES RÉSULTATS	64
3.6	CRITÈRES DE RIGUEUR MÉTHODOLOGIQUE.....	65
3.7	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	67
	CHAPITRE 4: RÉSULTATS	69
4.1	PARTICIPATION À L'ÉTUDE	69
4.2	ÉTAPES DE LA CONSTRUCTION DES MODÈLES	70
4.2.1	<i>Détermination des caractéristiques organisationnelles des hôpitaux étudiés (objectif 1).....</i>	70
4.2.1.1	Les caractéristiques organisationnelles communes.....	72
4.2.1.2	Les caractéristiques organisationnelles qui varient.....	73
4.2.2	<i>Analyse des patrons de regroupement des hôpitaux (objectif 2).....</i>	75
4.2.3	<i>Identification et caractérisation des groupes homogènes d'hôpitaux (objectif 3)</i>	77
4.2.4	<i>Contribution du groupe d'experts au processus de validation</i>	77
4.3	DESCRIPTION DES MODÈLES	79
4.3.1	<i>Modèles coordonnés.....</i>	80
4.3.1.1	Le modèle coordonné et varié.....	82
4.3.1.2	Le modèle coordonné et limité	83
4.3.2	<i>Modèles peu coordonnés</i>	84
4.3.2.1	Le modèle peu coordonné et varié.....	85
4.3.2.2	Le modèle peu coordonné et limité.....	86
	CHAPITRE 5: DISCUSSION	88
5.1	PRINCIPAUX CONSTATS DE LA RECHERCHE	88
5.1.1	<i>Caractéristiques de l'organisation des services dans les hôpitaux montréalais.....</i>	89
5.1.2	<i>Grands attributs des modèles</i>	92
5.1.2.1	La coordination.....	92
5.1.2.2	L'étendue de l'offre de services.....	98
5.1.2.3	Synthèse.....	101
5.1.3	<i>Liens entre les caractéristiques distinctives des modèles et les écrits sur l'adhésion aux stratégies d'intervention</i>	103
5.2	FORCES ET LIMITES DE LA RECHERCHE	110
5.3	IMPLICATIONS THÉORIQUES ET PRATIQUES	118
	CONCLUSION	121
	REMERCIEMENTS	124
	RÉFÉRENCES	126
	ANNEXES	136

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Les groupes de facteurs qui influencent l'adhésion	24
Figure 2 :	Cadre conceptuel de l'étude	51
Figure 3 :	Position et regroupements des hôpitaux à partir des axes de coordination et d'étendue de l'offre de services.....	78
Figure 4 :	Position relative des modèles selon la place occupée par la coordination de type collectif.....	96
Figure 5 :	Position relative des modèles selon l'importance de la coordination de type collectif, les aspects de continuité et de spécialisation	103
Figure 6 :	Synthèse des caractéristiques distinctives des modèles et des caractéristiques organisationnelles étudiées en lien avec l'adhésion	105

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Études ayant démontré ou non une association entre les facteurs sociaux et économiques des patients et l'adhésion suite à une première psychose	25
Tableau 2 :	Études ayant démontré ou non une association entre les facteurs psychologiques des patients et l'adhésion suite à une première psychose	27
Tableau 3 :	Études ayant démontré ou non une association entre les facteurs reliés à la condition de santé des patients et l'adhésion suite à une première psychose	28
Tableau 4 :	Études ayant démontré ou non une association entre les facteurs reliés à l'intervention et l'adhésion suite à une première psychose	29
Tableau 5 :	Études ayant démontré ou non une association entre les facteurs reliés à l'organisation des services et l'adhésion suite à une première psychose	31
Tableau 6 :	Synthèse des facteurs organisationnels liés aux interventions étudiées en relation avec l'adhésion et association trouvée	41
Tableau 7 :	Synthèse des facteurs organisationnels liés à la structure étudiés en relation avec l'adhésion et association trouvée	45
Tableau 8 :	Caractéristiques organisationnelles qui varient: définitions et choix de réponse	74
Tableau 9 :	Caractéristiques organisationnelles présentes dans les hôpitaux étudiés.....	76
Tableau 10 :	Scores d'étendue de l'offre de services et score de coordination pour chacun des 12 hôpitaux à l'étude.....	77
Tableau 11 :	Caractéristiques organisationnelles distinctives des modèles d'organisation de la prise en charge hospitalière des patients avec un premier épisode psychotique	80
Tableau 12 :	Importance des aspects de spécialisation et de continuité compris dans l'axe d'étendue d'offre de services pour chacun des modèles.....	101

RÉSUMÉ

Contexte : Le manque d'adhésion aux stratégies d'intervention est un problème fréquemment observé chez les patients qui présentent un trouble grave de santé mentale. Ses conséquences peuvent être sérieuses, et ce, particulièrement au moment d'un premier épisode psychotique. Selon plusieurs auteurs, l'organisation des services exercerait une influence importante sur l'adhésion des patients. Cependant, en dépit des ressources importantes qui sont consenties au traitement intra hospitalier des patients psychiatriques, les connaissances concernant les modes organisationnels qui y sont privilégiés demeurent limitées. La présente étude a tenté de combler cette lacune. **Objectif :** Établir une taxonomie des modes d'organisation à partir des variations notées dans l'organisation des services hospitaliers destinés aux personnes qui consultent à l'urgence en raison d'un premier épisode psychotique. **Méthode :** Une étude descriptive simple a été réalisée. Des entrevues effectuées auprès de deux informateurs clés dans chacun des 13 hôpitaux de l'île de Montréal dotés d'un département de psychiatrie et d'une urgence ont permis de documenter différentes dimensions de l'organisation des services, soit la vision, la structure organisationnelle, les ressources et les pratiques. Les données ont été analysées en s'inspirant de l'approche configurationnelle et les résultats soumis à un comité d'experts à des fins de validation. **Résultats :** Quatre modèles d'organisation différents ont pu être distingués. La diversité des mécanismes de coordination mis en place afin d'assurer un agencement logique des services

constitue un premier contraste observé entre les modèles. Ce contraste permet de distinguer deux modèles dits « coordonnés » et deux modèles dits « peu coordonnés ». Chacun de ces types peut également être distingué selon l'étendue de l'offre de services qui s'y trouve. Ce second contraste permet d'obtenir des modèles qui sont dits « variés » ou « limités ». **Conclusion :** Cette étude a permis de tracer pour la première fois un portrait des caractéristiques organisationnelles du réseau hospitalier montréalais dans la prise en charge des patients qui consultent à l'urgence, particulièrement ceux avec un premier épisode psychotique. La taxonomie des modèles d'organisation qui en découle représente par conséquent un premier jalon pour étudier l'influence des facteurs organisationnels sur différentes mesures de résultats, dont l'adhésion aux stratégies d'intervention de ces patients.

Mots clés :

PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ

MODÈLES D'ORGANISATION

PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE

RECHERCHE QUALITATIVE

ADHÉSION AU TRAITEMENT

INTRODUCTION

« *Le non-maintien des traitements dont l'efficacité est prouvée constitue le plus grand échec de la psychiatrie moderne* ». Ce constat pessimiste a été formulé en 2000 par Patrick McGorry, l'un des pionniers du traitement précoce de la psychose (McGorry, 2000, p. 21). Il cible un enjeu majeur rencontré quotidiennement par les équipes cliniques appelées à intervenir avec les patients qui développent les signes d'une première psychose : comment aider ces personnes à s'engager et à maintenir leur traitement sur une période de temps suffisante ? Cette question qui touche directement le concept d'adhésion au traitement reste d'actualité et est au cœur de la problématique sur laquelle repose la présente étude.

Les troubles psychotiques dont il est question regroupent plusieurs diagnostics psychiatriques parmi lesquels se retrouvent la schizophrénie et les troubles apparentés à la schizophrénie (American Psychiatric Association [APA], 1996). Malgré sa prévalence estimée à seulement 1% de la population canadienne, la schizophrénie représente un fardeau social important (Santé Canada, 2002). Ainsi, selon des données datant de 1996, le coût direct total de la schizophrénie au Canada était de 2,35 milliards de dollars, soit 0,3 % du produit intérieur brut, auquel s'ajoutaient des coûts indirects de l'ordre de 2 milliards de dollars annuellement (Santé Canada, 2002). De plus, le diagnostic de schizophrénie serait responsable du plus grand nombre d'hospitalisations psychiatriques dans les hôpitaux généraux au Canada et la moitié de ces

hospitalisations se retrouverait chez les patients âgés de 25 à 44 ans (Santé Canada, 2002).

Au milieu des années 90, un mouvement en faveur d'une prise en charge précoce de la psychose a fait naître l'espoir de diminuer la chronicité fréquemment associée aux troubles psychotiques (McGorry, 2000). Cette période coïncidait avec l'émergence de nouvelles stratégies thérapeutiques, dont les neuroleptiques de deuxième génération aux effets secondaires moindres que ceux de première génération et également mieux tolérés par les patients (Burton, 2005). Cependant, l'efficacité de ces traitements dans la pratique courante est demeurée compromise par le manque d'adhésion aux stratégies d'intervention qui a continué d'être observé (Lacro, Dunn, Dolder *et al.*, 2002). Récemment, une étude canadienne a démontré qu'un an après leur admission dans un programme spécialisé pour le traitement des premières psychoses, plus de la moitié des patients présentait une adhésion considérée inadéquate ou une absence d'adhésion à l'ensemble des stratégies d'intervention recommandées, et que cela s'accompagnait d'effets défavorables pour leur santé (Coldham, Addington & Addington, 2002).

Dans le système de soins canadien, des données récentes suggèrent que l'unité d'urgence des hôpitaux constitue le principal service utilisé par les patients pour demander de l'aide après l'apparition des premiers symptômes psychotiques (Norman, Malla, Verdi *et al.*, 2004; Addington, Van Mastrigt, Hutchinson & Addington, 2002). De plus, ces études suggèrent qu'il s'agirait du service à partir duquel un traitement approprié est généralement débuté, par

exemple, la prise de neuroleptiques. Le séjour à l'unité d'urgence et éventuellement à l'unité de soins apparaît donc comme un moment charnière où s'organise la transition vers des services offerts sur une base ambulatoire. En conséquence, il pourrait représenter une occasion unique d'influencer positivement l'adhésion ultérieure des patients à leur traitement.

Dans les 30 dernières années, les recherches ont eu tendance à se focaliser sur les facteurs reliés aux patients afin d'expliquer leur comportement d'adhésion. Plus récemment, des connaissances ont émergé sur l'influence exercée par d'autres types de facteurs, notamment les facteurs de l'organisation des services (World Health Organization [WHO], 2003). Or, la relation entre ce dernier groupe de facteurs et l'adhésion suscite un vif intérêt actuellement. Par exemple, l'institut américain pour la santé mentale, le *National Institute of Mental Health*, a ciblé spécifiquement l'organisation des services comme un des déterminants potentiels de l'adhésion devant être étudiés en priorité (National Institute of Mental Health [NIMH], 2006). Il s'agit d'une annonce qui a été faite en 2003 par le NIMH puis renouvelée en 2006 dans le cadre d'un programme de recherche qui porte spécifiquement sur l'adhésion au traitement chez les personnes atteintes de troubles mentaux.

À ce jour, l'influence exercée par l'organisation des services sur l'adhésion des patients a été peu étudiée auprès des groupes de personnes qui amorcent un traitement en raison d'un premier épisode psychotique. De plus, lorsqu'elles ont été réalisées avec des groupes plus larges de patients, les études sur le sujet ont eu tendance à examiner l'influence de certaines caractéristiques

organisationnelles sans considérer simultanément l'influence des autres composantes de l'organisation, ce qui limite la portée des résultats.

L'étude qui fait l'objet de ce mémoire permet par conséquent d'établir des conditions de base à partir desquelles l'influence des facteurs de l'organisation des services qui facilitent ou entravent l'adhésion des patients pourra être étudiée. Elle vise plus spécifiquement à décrire les modes d'organisation des services qui prévalent lors de la prise en charge des patients qui consultent à l'urgence suite à l'apparition d'un premier épisode psychotique.

Cet objectif prend toute son importance étant donné qu'au Québec ces modes d'organisation sont peu connus. Certains programmes spécialisés dans l'intervention auprès de cette clientèle et déjà implantés au Québec ont certes fait l'objet de publications par le passé, mais les descriptions qui s'y trouvent demeurent sommaires (Association Québécoise des Programmes pour Premiers Episodes Psychotiques [AQPPEP], 2006; Nicole, Pires, Routhier *et al.*, 1999). Par exemple, très peu de précisions sont fournies concernant la vision, les structures, les ressources et les pratiques à partir desquelles s'organisent les services dès la consultation à l'urgence des patients et tout au long de leur hospitalisation, le cas échéant.

L'originalité de la présente recherche se situe à deux niveaux. Premièrement, elle repose sur la caractérisation exhaustive des modes d'organisation réalisée dans tous les hôpitaux d'un même territoire géographique. Deuxièmement, l'originalité de l'étude repose sur la décision d'opter pour une approche configurationnelle dans l'analyse des données, ce qui

a permis de développer une taxonomie des modes d'organisation des services. En ce sens, cette étude va au-delà d'une étude descriptive usuelle.

Le contenu du mémoire se divise en cinq chapitres. Le premier présente une recension des écrits sur les principaux concepts autour desquels s'articule le mémoire. Le deuxième chapitre précise le cadre conceptuel de l'étude et les principaux objectifs poursuivis. La méthodologie retenue ainsi que les considérations éthiques pertinentes sont ensuite présentées au troisième chapitre. Suit le chapitre quatre qui expose les principaux résultats de l'étude et, finalement, le chapitre cinq où ces résultats sont discutés à la lumière des connaissances actuelles.

CHAPITRE 1: RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre comprend trois sections. La première section dresse tout d'abord un portrait des connaissances actuelles concernant les psychoses débutantes. La deuxième section porte sur le concept d'adhésion aux stratégies d'intervention et son application dans le cas des personnes traitées pour un premier épisode psychotique. Enfin, la troisième section s'attarde à l'organisation des services et à son influence sur l'adhésion aux stratégies d'intervention des patients.

1.1 LE PREMIER ÉPISODE DE PSYCHOSE

1.1.1 Définition de la psychose

De façon générale, le terme psychose est utilisé pour décrire des conditions qui affectent la pensée et qui se traduisent par une perte de contact avec la réalité. La quatrième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) fait référence plus spécifiquement à une perte des limites du Moi et à une altération marquée de l'appréhension de la réalité (APA, 1996). La psychose se manifeste par la présence de symptômes tels que les hallucinations, les idées délirantes, le discours désorganisé et le comportement grossièrement désorganisé ou catatonique (APA, 1996). Il s'agit de symptômes qui sont dits positifs, en ce sens qu'ils s'ajoutent aux pensées et comportements habituels de la personne. Ils sont généralement transitoires, contrairement aux

symptômes négatifs qui, eux, peuvent persister bien après la disparition des symptômes positifs. L'émoussement de l'affect, l'apathie, l'anhédonie, le retrait social et le déficit de l'attention constituent les principaux symptômes négatifs (APA, 1996).

Les symptômes caractéristiques de la psychose sont à la base de la définition d'un certain nombre de troubles psychiatriques, dont la schizophrénie, le trouble schizophréniforme, le trouble schizo-affectif, le trouble psychotique bref et le trouble psychotique non spécifié (APA, 1996). Ces troubles sont regroupés dans ce qu'il est convenu d'appeler les psychoses non affectives (Malla & Payne, 2005).

1.1.2 Prévalence et évolution des psychoses non affectives

Les données épidémiologiques actuelles suggèrent une prévalence relativement faible des psychoses non affectives, bien que ces données reposent sur les résultats d'études faites principalement auprès de patients souffrant de schizophrénie ou d'un trouble schizophréniforme (Goldner, Hsu, Waraich & Somers, 2002). Pour la schizophrénie, par exemple, un taux de prévalence de 1 % est généralement accepté comme étant la meilleure estimation possible (Santé Canada, 2002). L'incidence est considérablement plus faible avec un taux estimé à 11,1/100 000 par année (Goldner *et al.*, 2002).

L'évolution à long terme des personnes atteintes d'un trouble comme la schizophrénie peut être très variable (McGorry, 2000). En effet, selon une synthèse des connaissances réalisée par l'*American Psychiatric Association* (2004), 10% à 15% d'entre elles expérimenteront au cours de leur vie un seul

épisode psychotique. À l'opposé, une proportion similaire présentera des symptômes psychotiques sévères qui persisteront de façon chronique. L'évolution clinique de la grande majorité se situerait à mi chemin entre ces deux extrêmes avec des périodes d'exacerbations et de rémissions susceptibles d'entraîner une détérioration plus ou moins marquée selon les individus (American Psychiatric Association [APA], 2004).

Bien que chacune des psychoses non affectives possède des critères diagnostiques spécifiques, il existe de nombreuses zones grises qui peuvent rendre difficile l'établissement d'un diagnostic fiable, particulièrement pendant la période qui accompagne l'apparition du trouble. À titre d'illustration, un faible niveau d'accord (Kappa 0,55) a été observé dans l'étude de Kampman et collaborateurs (2004) entre le diagnostic établi par des chercheurs et le diagnostic clinique de 80 patients hospitalisés en raison d'une première psychose (Kampman, Kiviniemi, Koivisto *et al.*, 2004).

De plus, une seconde difficulté concerne la stabilité dans le temps du diagnostic posé en lien avec la psychose. Dans l'étude de Schimmelmänn et collaborateurs (2005), par exemple, la révision du dossier médical de 492 patients a permis de constater chez plus de 30% d'entre eux un manque de concordance entre le premier diagnostic établi suite à l'apparition de la psychose et celui établi 18 mois plus tard (Schimmelmänn, Conus, Edwards *et al.*, 2005). Selon Schwartz et collaborateurs (2000), la concordance serait particulièrement faible dans le cas du trouble psychotique bref (27%), du trouble schizo-affectif (36%) et du trouble psychotique non spécifié (44%), alors qu'elle serait

relativement bonne dans le cas de la schizophrénie (92%) (Schwartz, Fennig, Tanenberg-Karant *et al.*, 2000).

Afin de tenir compte de la difficulté à établir un diagnostic fiable et également d'éviter la stigmatisation des personnes, il est désormais recommandé aux cliniciens de différer l'établissement du diagnostic jusqu'à ce que les symptômes se stabilisent (Reading & Birchwood, 2005 ; Spencer, Birchwood & McGovern, 2001). Dans la littérature scientifique, le recours accru au terme « premier épisode psychotique » témoigne de cette tendance. Par exemple, l'expression « *first-episode psychosis* » utilisée en recherche libre dans la base de données Medline a permis de répertorier 17 articles pour la période 1984-1995, 143 articles pour 1996-2003 et 140 articles pour 2004-2006.

1.1.3 Premier épisode psychotique

De façon générale, le terme « premier épisode psychotique » désigne la première expérience de psychose d'un individu. Une des définitions retenues au plan opérationnel fait référence à la présence, chez un individu, d'un ou plusieurs symptômes psychotiques persistant pour une durée minimale d'une semaine, en l'absence d'un traitement antipsychotique adéquat (Norman, Malla, Verdi *et al.*, 2004).

Historiquement, les interventions visant le traitement de la psychose se sont développées sans égard à l'âge ou à la phase de la maladie des personnes atteintes (Birchwood, Todd & Jackson, 1998). Depuis le début des années 90, cependant, cette façon de faire est remise en question et une approche plus ciblée s'est progressivement imposée, notamment à l'égard des premières

psychoses. Ce changement de paradigme (McGorry, Nordentoft & Simonsen, 2005) repose sur trois principales prémisses scientifiquement fondées (Canadian Psychiatric Association [CPA], 2005), qui seront décrites en détails dans les sections suivantes.

1.1.3.1 La période critique

La première prémisse a trait à la période de temps limitée pendant laquelle il apparaît possible d'influencer significativement l'évolution à long terme du patient (CPA, 2005). Cette « période critique » correspond aux toutes premières années suivant l'apparition du premier épisode psychotique (Birchwood, McGorry & Jackson, 1997). À partir d'une recension critique des écrits, Birchwood *et al.* (1998) suggèrent de considérer la période critique comme une opportunité unique en termes de prévention secondaire, étant donné sa relation étroite avec l'évolution à long terme des patients. Cette hypothèse est appuyée par les résultats d'études robustes dont celle de Harrison et collaborateurs (2001) incluant 1005 sujets atteints de psychose. En effet, cette étude de cohorte prospective révèle que l'évolution clinique des deux premières années suivant l'apparition de la psychose représente le principal déterminant de l'état de santé à long terme des patients. De façon plus spécifique, plus la proportion de temps passée avec des symptômes psychotiques est courte, meilleurs sont les scores obtenus aux échelles de symptômes et de fonctionnement 15 ans plus tard (Harrison, Hopper, Craig *et al.*, 2001).

De plus, le risque de rechute psychotique serait particulièrement élevé dans les premières années suivant l'apparition de la psychose, comme le montre

l'étude de Robinson et collaborateurs (1999). En effet, ces chercheurs ont trouvé que cinq ans après avoir récupéré d'un premier épisode psychotique, plus de 80% des 104 sujets de l'étude avaient fait une rechute psychotique. L'arrêt de la médication antipsychotique constituait le principal facteur de risque identifié (*hazard ratio* : 4,89 [99% IC : 2,49-9,60]) (Robinson, Woerner, Alvir *et al.*, 1999).

Finalement, la détresse et les désordres émotionnels présents chez de nombreux patients dans la période qui suit l'apparition d'une première psychose représentent un argument supplémentaire en faveur d'une intervention spécifique pendant la période critique. Néanmoins, les liens entre ces dysfonctions émotionnelles et l'apparition de la psychose sont encore mal compris (Birchwood, 2003).

1.1.3.2 Les conséquences de la psychose non traitée

La deuxième prémisse se situe dans le prolongement de la précédente. Elle pose que la présence d'un délai entre l'apparition des premiers symptômes psychotiques et l'amorce d'un traitement adéquat est susceptible d'influencer négativement les résultats de santé des patients (CPA, 2005).

Cette idée fait référence spécifiquement au concept de *duration of untreated psychosis* (DUP), ou durée de psychose non traitée, qui a fait l'objet de nombreuses études ces dernières années (Malla, Norman, Manchanda *et al.*, 2002; Browne, Clarke, Gervin *et al.*, 2000; Drake, Haley, Akhtar *et al.*, 2000). Les études sur le sujet ont permis de démontrer que ce délai est généralement considérable et variable. En effet, une synthèse des écrits réalisée par Norman et Malla (2001) a montré que la moyenne du délai de psychose non traitée se

située, selon les cohortes, entre 22,0 et 166,4 semaines avec des médianes de l'ordre de 4,3 à 26,0 semaines. Dans le contexte canadien, deux études récentes ont rapporté des taux reflétant également des écarts importants (Addington, Van Mastrigt & Addington, 2004; Norman, Townsend & Malla, 2001).

Une synthèse des connaissances réalisée récemment suggère une relation entre le délai de psychose non traitée et les résultats de santé des patients dans la première année de traitement (Norman, Lewis & Marshall, 2005). Plus particulièrement, ces auteurs ont trouvé qu'un délai de psychose non traitée plus court était associé à une rémission plus rapide et à un meilleur niveau de rémission, notamment en ce qui concerne les symptômes positifs. Cependant, ce lien n'est pas de nature causale. De plus, la relation entre le DUP et des résultats à plus long terme, tel que le risque de rechute, reste à préciser (Norman *et al.*, 2005). Néanmoins, ces résultats dans leur ensemble se sont avérés un appui certain pour favoriser le développement d'interventions spécifiques orientées vers la réduction du délai de psychose non traitée.

1.1.3.3 L'efficacité des interventions précoces

Le changement de paradigme concernant le traitement de la psychose repose aussi sur une troisième prémisse. Cette dernière précise qu'un traitement global et adapté à la phase initiale de la psychose est en mesure d'en réduire les conséquences négatives (CPA, 2005). Selon Marshall et Lockwood (2004), le fait d'offrir un traitement spécifiquement adapté au premier épisode psychotique est une composante importante qui permet de distinguer l'intervention précoce du traitement usuel.

Actuellement, les preuves concernant l'efficacité de l'intervention précoce demeurent mitigées. À ce sujet, la dernière mise à jour, pilotée par un groupe de la Collaboration Cochrane, a conclu que le nombre d'essais cliniques comportant de hauts critères de rigueur au plan méthodologique était insuffisant pour être en mesure de dresser des conclusions définitives (Marshall & Lockwood, 2004). Cependant, ce champ de connaissances évolue rapidement. Ainsi, deux essais cliniques randomisés publiés depuis, suggèrent des résultats prometteurs pour les patients qui bénéficient d'un programme spécialisé pour le traitement des premières psychoses. Ces résultats seront présentés brièvement.

L'étude de Thorup et collaborateurs (2005), tout d'abord, a examiné l'impact d'un programme spécialisé pour le traitement des premières psychoses sur la symptomatologie des patients. Les 547 sujets inclus dans l'étude étaient orientés de façon aléatoire vers le programme spécialisé ou vers le programme habituel. Une distinction importante entre les deux programmes était le ratio intervenant/patients, respectivement de 1/10 et de 1/25. Après deux ans, toutes les dimensions reliées aux symptômes négatifs et une des deux dimensions des symptômes psychotiques, soit les hallucinations, ont démontré une différence statistiquement significative ($p < 0,05$) en faveur des sujets du groupe expérimental (Thorup, Petersen, Jeppesen *et al.*, 2005). Les auteurs expliquent cette différence en faveur du programme spécialisé par la présence des différentes composantes psychosociales incluses dans leur programme, telles que les contacts fréquents avec un intervenant principal, la psychoéducation, l'entraînement aux habiletés sociales et l'implication des proches dans le

traitement. Cependant, plusieurs des sujets ont été perdus au suivi, soit 25% dans le groupe expérimental et 40% dans le groupe contrôle, ce qui représente une limite importante de l'étude, bien que les analyses statistiques en aient tenu compte.

Les résultats obtenus par Garety et collaborateurs (2006) suggèrent également une efficacité accrue du programme spécialisé pour le traitement des premières psychoses comparativement au traitement habituel, mais cette fois sur des mesures de résultats différentes de l'étude de Thorup *et al.* (2005). Le programme spécialisé testé dans cette étude se caractérise par une approche axée vers le suivi intensif dans le milieu, par l'accessibilité des services en dehors des jours ouvrables habituels et par l'importance accordée à la participation sociale des patients. Les résultats de l'étude indiquent que, comparés aux patients suivis dans le groupe contrôle ($n=73$), les patients suivis dans ce programme spécialisé ($n=71$) ont présenté de meilleurs résultats en terme de qualité de vie, de satisfaction, de fonctionnement au plan social et vocationnel et d'adhésion au traitement pharmacologique dix-huit mois après l'entrée dans le programme. Cependant, aucune différence significative entre les groupes n'a pu être détectée au plan de la symptomatologie (Garety, Craig, Dunn *et al.*, 2006).

1.1.4 Stratégies d'intervention recommandées pour le traitement du premier épisode psychotique

Comme il a été mentionné dans la section précédente, un nouveau paradigme a émergé ces dernières années sur la base des récents

développements dans les connaissances concernant les premiers épisodes psychotiques. Telles que présentées dans la section 1.1.3, ces connaissances peuvent être regroupées sous trois thèmes : la période critique, le délai de psychose non traitée et l'efficacité des interventions précoces. D'ailleurs, les recommandations incluses dans les plus récentes versions des guides de pratique tiennent compte, désormais, des particularités du premier épisode psychotique (CPA, 2005; APA, 2004).

Les stratégies d'intervention qui sont recommandées pour les patients atteints d'un trouble psychotique, incluant ceux qui sont traités pour une première psychose, varient tout d'abord selon la phase de la maladie : aiguë, de stabilisation ou chronique. À l'intérieur de chaque phase, les recommandations vont cependant toujours s'articuler autour de deux composantes principales, la pharmacothérapie et l'intervention psychosociale (CPA, 2005; APA, 2004).

De façon plus spécifique, les stratégies d'intervention qui sont recommandées pour le traitement des premières psychoses vont inclure l'usage d'une médication antipsychotique à faible dose et un suivi au plan psychosocial. Le volet psychosocial du traitement inclut, selon le cas, de la psychoéducation, un entraînement aux habiletés sociales, des interventions vocationnelles ou des interventions cognitives et comportementales. Dans tous les cas, des interventions visant à informer et impliquer les proches dans le traitement sont préconisées (CPA, 2005; APA, 2004; Spencer *et al.*, 2001).

1.2 L'ADHÉSION AUX STRATÉGIES D'INTERVENTION SUITE À UN PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE

1.2.1 Définition de l'adhésion

En 2003, un groupe de réflexion de l'Organisation mondiale de la santé s'est intéressé à la question de l'adhésion au traitement dans le contexte des problèmes de santé chroniques. Selon la perspective adoptée par ce groupe, l'adhésion se définit de la façon suivante :

« Le degré de concordance observé entre le comportement du patient – prendre la médication, suivre une diète et/ou effectuer des changements d'habitudes, et les recommandations du soignant, initialement acceptées par le patient. » (World Health Organization [WHO], 2003, p. 3, traduction libre).

Cette définition se distingue de deux façons de celles utilisées par le passé. D'une part, elle englobe un ensemble de comportements reliés à l'amélioration de la santé, ce qui inclut mais ne se limite pas à la prise de médicaments. D'autre part, elle reconnaît au patient un rôle actif dans le processus en requérant son accord à l'endroit des recommandations formulées (WHO, 2003). Ce dernier élément distingue le concept d'adhésion (*adherence*) de celui d'observance (*compliance*). Traditionnellement, en effet, l'observance a été définie comme la responsabilité du patient à qui il était demandé de se conformer à l'ordonnance du soignant, généralement le médecin, sans nécessairement tenir compte de son point de vue (Myers & Midence, 1998). Dans cette perspective, le patient était le seul à blâmer en cas de non-observance. Or, la redéfinition du concept sous l'angle de l'adhésion permet d'élargir cette perspective et la rendre plus conforme aux connaissances

actuelles. Comme il sera vu à la section 1.2.4, un modèle multifactoriel de l'adhésion est désormais préconisé (WHO, 2003).

Cette définition de l'adhésion accroît cependant la complexité de sa mesure (Myers & Midence, 1998). Ainsi, les écrits sur le sujet sont rarement explicites quant au processus ayant conduit à l'établissement de la recommandation, par exemple, si la recommandation a été imposée ou négociée, et dans quelle mesure la perspective du patient et de ses proches a été considérée. De plus, selon Haynes et collaborateurs (2005), la majorité des méthodes utilisées pour mesurer l'adhésion restent imprécises et reposent bien souvent sur des stratégies comme l'auto-questionnaire, connues pour surestimer le niveau d'adhésion (Haynes, Yao, Degani *et al.*, 2005). Enfin, la façon d'opérationnaliser l'adhésion varie selon les études, ce qui représente une limite aux comparaisons inter études (Nose, Barbui, Gray & Tansella, 2003).

1.2.2 Niveau d'adhésion aux stratégies d'intervention après un premier épisode psychotique

À ce jour, un nombre limité d'études a eu pour objet principal l'adhésion des patients après qu'ils aient amorcé un traitement suite à un premier épisode psychotique. Selon la façon d'opérationnaliser le concept d'adhésion, ces études montrent un taux d'adhésion qui varie de 40,9% à 81% (Mutsatsa, Joyce, Hutton *et al.*, 2003; Kampman, Laippala, Väänänen *et al.*, 2002; Coldham, Addington & Addington, 2002; Novak-Grubic & Tavcar, 2002; Verdoux, Lengronne, Liraud *et al.*, 2000).

Dans l'étude de Mutsatsa *et al.* (2003), 101 patients ont été recrutés au moment de leur premier contact avec les services de santé mentale en raison d'un premier épisode de psychose non affective. L'adhésion y était mesurée dans les premières semaines suivant l'amorce d'un traitement, soit à un moment où la grande majorité des sujets (89%) était hospitalisée. Dans cette phase initiale du traitement, les chercheurs ont trouvé que seulement 56% des patients (57/101) présentaient une bonne adhésion à la médication prescrite (Mutsatsa *et al.*, 2003).

Une autre étude, celle de Kampman *et al.* (2002), s'est également intéressée à l'adhésion à la médication. Les 59 sujets composant l'échantillon étaient recrutés suite à une consultation à l'urgence pour une première psychose et hospitalisés par la suite dans une proportion de 90%. L'âge moyen des sujets se situait à 39 ans. À partir des informations contenues au dossier, les chercheurs ont déterminé que 81% des sujets adhéraient à la prise de médication, c'est-à-dire qu'ils faisaient un usage régulier de médication, trois mois après l'amorce du traitement à l'urgence (Kampman *et al.*, 2002). Cette cote était attribuée par défaut lorsqu'il n'y avait aucune mention explicite au dossier d'une utilisation irrégulière ou d'une interruption complète de la médication par le patient, ce qui a pu entraîner une surestimation du niveau d'adhésion.

L'étude de Verdoux *et al.* (2000), pour sa part, a été réalisée auprès de patients hospitalisés pour la première fois et aux prises avec un épisode psychotique. Des 65 sujets inclus dans l'étude, 39 (60 %) ont reçu un diagnostic

de psychose non affective. L'ensemble des sujets a été suivi pendant deux ans et l'adhésion à la médication a été estimée à chaque six mois à partir d'informations recueillies auprès de diverses sources d'informations incluant les sujets eux-mêmes et les soignants. Les résultats montrent que la proportion de patients avec une bonne adhésion a oscillé entre 56% et 67% selon le moment où l'adhésion à la médication a été estimée (Verdoux *et al.*, 2000). Dans le cadre de cette étude, l'adhésion à la médication était catégorisée « bonne » à défaut de satisfaire au critère de pauvre adhésion, soit une interruption complète de la médication d'au moins deux semaines sur une période de six mois, contre avis médical. L'étude révèle également que plus de la moitié des sujets (53,1%) a interrompu sa médication contre avis médical au moins une fois dans les deux années qui ont suivi son hospitalisation (Verdoux, Lengronne, Liraud *et al.*, 2000).

Dans leur étude sur l'adhésion au traitement, Novak-Grubic et Tavcar (2002) ont recruté des hommes hospitalisés en raison d'un premier épisode psychotique et n'ayant jamais reçu de traitement auparavant. Ces patients devaient présenter un diagnostic de schizophrénie, de trouble schizophréniforme ou de trouble schizo-affectif, en l'absence d'un trouble concomitant d'abus de substances. Des 56 patients inclus initialement, 30 (53,6%) se sont avérés non adhérents à leur médication ou au suivi psychiatrique à un moment ou l'autre de l'année qui a suivi leur hospitalisation. De plus, parmi les 30 patients non adhérents, neuf ont abandonné le traitement dès qu'ils ont reçu leur congé de l'hôpital (Novak-Grubic & Tavcar, 2002).

La seule étude canadienne qui ait été répertoriée est celle de Coldham *et al.*, publiée en 2002. Contrairement aux études précédentes, celle-ci s'est intéressée à l'adhésion après l'entrée dans un programme spécialisé pour le traitement des premières psychoses. Le niveau d'adhésion était mesuré au moyen d'une échelle à trois niveaux, à partir d'informations recueillies auprès d'au moins deux sources, dont le thérapeute principal du patient. La bonne adhésion y était définie comme le fait de ne jamais omettre, ou très rarement, des doses de médicaments. Après un an, les chercheurs ont trouvé que seulement 40,9% des 186 sujets présentaient une bonne adhésion. Une proportion semblable de patients (39,3%) était considérée comme présentant une absence d'adhésion, c'est-à-dire qu'ils avaient abandonné le programme sans raison valable et/ou prenaient la médication de façon erratique ou pas du tout. Enfin, 19,9% des sujets de cette étude présentaient une adhésion inadéquate, c'est-à-dire qu'ils prenaient leur médication irrégulièrement (Coldham *et al.*, 2002).

1.2.3 Conséquences associées au manque d'adhésion

Les conséquences sur l'évolution clinique du manque d'adhésion aux stratégies d'intervention pour le traitement d'un premier épisode psychotique ont déjà été examinées, particulièrement en regard du risque de rechute psychotique. Par exemple, l'étude de Verdoux *et al.* (2000) montre que les patients qui n'ont pas adhéré adéquatement à leur traitement pharmacologique dans les six premiers mois suivant une première hospitalisation présentent près de six fois plus de risque que les autres d'être ré-hospitalisés contre leur gré

dans les 18 mois qui suivent cette hospitalisation. Dans l'étude de Novak-Grubic et Tavcar (2002), ce sont 70% des patients catégorisés comme non adhérents à leur médication qui ont vu leurs symptômes psychotiques s'aggraver dans l'année suivant une première hospitalisation pour psychose, comparativement à seulement 19,2% des patients qualifiés d'adhérents ($p=0,0001$). La proportion de patients qui ont dû être ré-hospitalisés sur la même période s'est pareillement avérée plus importante chez les patients dont l'adhésion était qualifiée d'inappropriée ($p=0,0064$) (Novak-Grubic & Tavcar, 2002). Finalement, les résultats obtenus par Robinson *et al.* (1999) démontrent que le risque de rechuter une première et une seconde fois après avoir récupéré d'un premier épisode psychotique est près de cinq fois supérieur chez les sujets ne prenant pas de médication comparativement aux autres (1^{ère} rechute : « hazard ratio » 4,89 [99% IC : 2,49-9,60]; 2^e rechute : « hazard ratio » 4,57 [99% IC : 1,49-14,02]).

D'autres études réalisées avec des patients atteints de schizophrénie avec une durée d'évolution variable de la maladie apportent des précisions concernant d'autres conséquences associées au manque d'adhésion. Dans l'étude d'Ascher-Svanum et collaborateurs (2006), 1906 sujets atteints de schizophrénie ont été recrutés et suivis sur une période de trois ans. Au-delà de l'augmentation du risque d'utilisation des services d'urgence et d'hospitalisation déjà documentée par le passé (Nelson, Maruish & Axler *et al.*, 2000; Haywood, Kravitz, Grossman *et al.*, 1995), cette étude révèle que le manque d'adhésion à la médication est également associé à un risque accru de présenter des

problèmes d'abus de substances, à un fonctionnement mental appauvri et à un niveau plus faible de satisfaction face à la vie sociale et à la vie en général (Asher-Svanum *et al.*, 2006).

1.2.4 Facteurs influençant l'adhésion aux stratégies d'intervention suite à un premier épisode psychotique

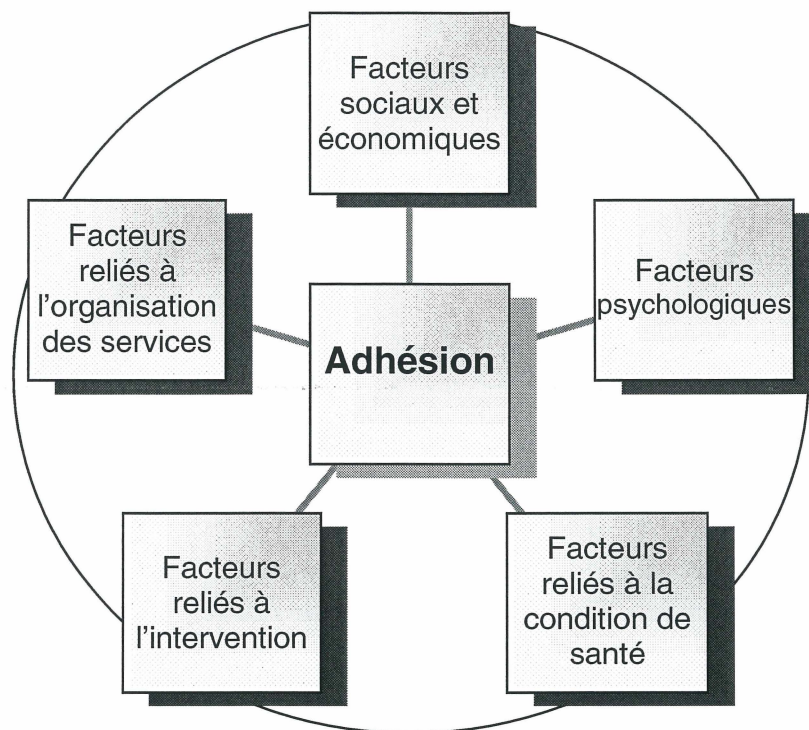
Les facteurs exerçant une influence sur l'adhésion aux stratégies d'intervention des personnes qui souffrent de troubles psychotiques ont été fréquemment étudiés dans les 30 dernières années, tant lors de la phase aiguë que dans la phase de stabilisation, ou encore dans la phase chronique de la maladie. Or, la grande majorité de ces études a été réalisée auprès de patients sans égard à la durée d'évolution ou de traitement de leur maladie. Ce n'est que plus récemment que des travaux ont été publiés sur les facteurs qui influencent l'adhésion aux stratégies d'intervention spécifiquement au moment d'un premier épisode psychotique. Ces études, qui ont pour la plupart été décrites à la section 1.2.2, sont cependant peu nombreuses.

Dans les écrits scientifiques, différentes méthodes sont utilisées pour classifier les facteurs qui influencent l'adhésion aux stratégies d'intervention. Par exemple, certaines méthodes regroupent ces facteurs en trois ensembles : 1) les facteurs reliés au patient incluant les caractéristiques socio-démographiques, les caractéristiques de la maladie et les croyances reliées à la santé, 2) les facteurs reliés au traitement, notamment les effets secondaires consécutifs à la prise de médicaments, et 3) les facteurs environnementaux, par exemple, le soutien social et la qualité de la relation avec les soignants (Misdrahi, Llorca, Lançon &

Bayle, 2002; Oehl, Hummer & Fleischhacker, 2000; Myers & Midence, 1998; Fenton, Blyler & Heinssen, 1997). D'autres méthodes ont utilisé le *Health Belief Model* (HBM) afin de mettre en perspective l'ensemble des facteurs étudiés, en distinguant notamment les facteurs liés à la perception des bénéfices, les facteurs liés aux coûts du traitement et les facteurs déclencheurs de l'action (Perkins, 2002; Lacro *et al.*, 2002).

Or, ces méthodes ont été critiquées entre autres parce qu'elles mettent une emphase jugée démesurée sur les facteurs reliés au patient, accentuant de l'avis de ces critiques la tendance à considérer le manque d'adhésion comme étant le problème du patient (WHO, 2003). En réponse à ces critiques, il a été proposé récemment de considérer l'adhésion sous l'angle de cinq groupes de facteurs inter reliés : 1) les facteurs sociaux et économiques, 2) les facteurs psychologiques, 3) les facteurs reliés à la condition de santé, 4) les facteurs reliés à l'intervention, et 5) les facteurs reliés à l'organisation des services (WHO, 2003).

La Figure 1 présente ces cinq ensembles de facteurs. Il s'agit de la classification qui sera utilisée dans les prochaines sections afin de dresser un portrait de l'état des connaissances actuelles sur les facteurs qui influencent l'adhésion aux stratégies d'intervention après un premier épisode psychotique.



Adapté de World Health Organization (2003)
Adherence to long-term therapies: Evidence for action.

Figure 1 : Les groupes de facteurs qui influencent l'adhésion

1.2.4.1 Les facteurs sociaux et économiques

Ce groupe de facteurs est composé de variables socio-démographiques et de variables économiques documentées auprès des patients (WHO, 2003).

Parmi les variables socio-démographiques, l'âge et le sexe des patients ont été les variables les plus étudiées. Les résultats sont cependant contradictoires, comme l'indique le Tableau 1. Tout d'abord, les résultats de deux études convergent et ont conclu que le plus jeune âge des patients était un facteur prédictif du manque d'adhésion ultérieure (Kampman *et al.*, 2002; Coldham *et al.*, 2002). Cependant, ce résultat n'a pas été reproduit dans l'étude de Novak-Grubic et Tavca (2002). Des résultats contradictoires ont également été trouvés concernant le sexe des patients, comme l'indique le Tableau 1.

Enfin, il existe certaines indications à l'effet que le manque d'adhésion serait prédit par le fait d'avoir moins d'activités sociales (Kampman *et al.*, 2002) et un plus faible niveau de fonctionnement avant l'apparition du trouble (Coldham *et al.*, 2002), alors que l'association entre l'implication des proches au début du traitement et l'adhésion au traitement reste à être précisée.

Parmi les variables économiques dont l'association avec l'adhésion a été vérifiée, seul le fait d'être sans emploi s'est avéré associé à une moins bonne adhésion ultérieure (Verdoux *et al.*, 2000). Ce résultat n'a cependant pas pu être reproduit dans une seconde étude (Novak-Grubic & Tavcar, 2002). Enfin, aucune association entre le niveau d'éducation et l'adhésion n'a pu être identifiée.

Tableau 1 : Études ayant démontré ou non une association entre les facteurs sociaux et économiques des patients et l'adhésion suite à une première psychose

Facteurs étudiés	Nombre d'études	Association démontrée	Absence d'association démontrée
Plus jeune âge	3	(-) Coldham <i>et al.</i> , 2002 (-) Kampman <i>et al.</i> , 2002	Novak-Grubic & Tavca, 2002
Sexe masculin	2	(-) Kampman <i>et al.</i> , 2002	Mutsatsa <i>et al.</i> , 2003
Statut marital	2		Novak-Grubic & Tavca, 2002 Verdoux <i>et al.</i> , 2000
Fonctionnement pré-morbide + faible	1	(-) Coldham <i>et al.</i> , 2002	
Moins d'activités sociales	1	(-) Kampman <i>et al.</i> , 2002	
Famille impliquée	2	(+) Coldham <i>et al.</i> , 2002	Novak-Grubic & Tavca, 2002
Être sans emploi	2	(-) Verdoux <i>et al.</i> , 2000	Novak-Grubic & Tavca, 2002
Niveau d'éducation	2		Novak-Grubic & Tavca, 2002 Verdoux <i>et al.</i> , 2000

Légende :

- (+) Association positive avec l'adhésion
- (-) Association négative avec l'adhésion

1.2.4.2 Les facteurs psychologiques

Ce deuxième groupe de facteurs englobe des caractéristiques telles que les attitudes, perceptions et attentes du patient (WHO, 2003).

Comme le montre le Tableau 2, l'attitude à l'endroit du traitement pharmacologique semble exercer une influence sur l'adhésion. Dans les premières semaines de traitement, par exemple, les patients qui présentent moins d'attitudes négatives envers la médication sont plus susceptibles d'adhérer précocement au traitement pharmacologique que les autres (Mutsatsa *et al.*, 2003). À l'opposé, le fait de considérer les effets secondaires de la médication comme étant nocifs représenterait le facteur de risque principal pour une interruption ou une prise irrégulière de médication après trois mois de traitement (Kampman *et al.*, 2002). Aussi, les patients dont la conscience du trouble (*insight*) est plus faible au moment d'amorcer le traitement seraient significativement plus nombreux à ne pas adhérer à leur traitement par la suite (Coldham *et al.*, 2002; Novak-Grubic & Tavcar, 2002). Finalement, l'adhésion ne serait pas associée au besoin de traitement perçu par les patients ni même à leur intention d'adhérer ou non au traitement (Kampman *et al.*, 2002).

Tableau 2 : Études ayant démontré ou non une association entre les facteurs psychologiques des patients et l'adhésion suite à une première psychose

Facteurs étudiés	Nombre d'études	Association démontrée	Absence d'association démontrée
Attitude négative envers la médication	2	(-) Mutsatsa <i>et al.</i> , 2003 (-)Kampman <i>et al.</i> , 2002	
Faible conscience du trouble (<i>insight</i>)	2	(-) Coldham <i>et al.</i> , 2002 (-)Novak-Grubic,Tavca, 2002	
Besoin de traitement perçu	1		Kampman <i>et al.</i> , 2002
Intention d'adhérer au traitement	1		Kampman <i>et al.</i> , 2002

Légende :

(+) Association positive avec l'adhésion

(-) Association négative avec l'adhésion

1.2.4.3 Les facteurs reliés à la condition de santé

Ce groupe de facteurs correspond aux caractéristiques de la maladie et aux conditions associées (WHO, 2003).

Plusieurs facteurs de ce groupe ont été étudiés dans le contexte d'un premier épisode psychotique, avec des résultats plus ou moins concluants. Comme l'illustre le Tableau 3, les études qui ont examiné la relation entre la sévérité des symptômes psychotiques et l'adhésion ont produits des résultats contradictoires. En ce qui concerne la sévérité des symptômes négatifs de la maladie, les résultats des études suggèrent qu'elle ne serait pas associée à l'adhésion au traitement, du moins à l'adhésion à long terme. Lorsque l'adhésion est mesurée dans les semaines qui suivent l'amorce du traitement, un niveau élevé de symptômes négatifs serait associé à une pauvre adhésion à la médication (Mutsatsa *et al.*, 2003).

Par ailleurs, d'autres facteurs reliés à la condition de santé ont également été étudiés en relation avec l'adhésion au traitement, mais de façon moins fréquente. Par exemple, les patients chez qui est observé un problème concomitant d'abus de drogue et/ou d'alcool seraient significativement plus nombreux à ne pas adhérer à leur traitement à long terme (Coldham *et al.*, 2002; Verdoux *et al.*, 2000). Aussi, le fait d'être hospitalisé contre son gré plutôt que volontairement augmenterait le risque qu'un manque d'adhésion à la médication ne soit observé dans les deux années qui suivent (Verdoux *et al.*, 2000).

Tableau 3 : Études ayant démontré ou non une association entre les facteurs reliés à la condition de santé des patients et l'adhésion suite à une première psychose

Facteurs étudiés	Nombre d'études	Association démontrée	Absence d'association démontrée
Sévérité des symptômes psychotiques	5	(+)Kampman <i>et al.</i> , 2002 (-)Novak-Grubic,Tavca, 2002 (-)Verdoux <i>et al.</i> , 2000	Coldham <i>et al.</i> , 2002 Mutsatsa <i>et al.</i> , 2003
Sévérité des symptômes négatifs	5	(-)Mutsatsa <i>et al.</i> , 2003	Kampman <i>et al.</i> , 2002 Novak-Grubic,Tavca, 2002 Verdoux <i>et al.</i> , 2000 Coldham <i>et al.</i> , 2002
Durée de psychose non traitée	3		Mutsatsa <i>et al.</i> , 2003 Kampman <i>et al.</i> , 2002 Verdoux <i>et al.</i> , 2000
Problème concomitant d'abus de substances	2	(-)Coldham <i>et al.</i> , 2002 (-)Verdoux <i>et al.</i> , 2000	
Hospitalisation involontaire	1	(-)Verdoux <i>et al.</i> , 2000	

Légende :

(+) Association positive avec l'adhésion

(-) Association négative avec l'adhésion

1.2.4.4 Les facteurs reliés à l'intervention

Parmi ce groupe de facteurs susceptibles d'influencer l'adhésion, le seul qui a été étudié dans le contexte d'un premier épisode psychotique est la

sévérité des effets secondaires de l'intervention pharmacologique. Or, aucune des études n'a pu démontrer une association significative entre ces variables, tel que répertorié au Tableau 4.

Tableau 4 : Études ayant démontré ou non une association entre les facteurs reliés à l'intervention et l'adhésion suite à une première psychose

Facteur étudié	Nombre d'études	Association démontrée	Absence d'association démontrée
Sévérité des effets secondaires de la médication	4		Kampman <i>et al.</i> , 2002 Coldham <i>et al.</i> , 2002 Mutsatsa <i>et al.</i> , 2003 Novak-Grubic, Tavca, 2002

1.2.4.5 Les facteurs reliés à l'organisation des services

Dans le modèle de l'Organisation mondiale de la santé, cette catégorie cible plus globalement les facteurs reliés au système de soins, incluant les facteurs reliés à l'organisation des services qui y occupent une place prédominante (WHO, 2003).

Or, l'influence exercée par les caractéristiques de l'organisation des services sur l'adhésion des patients traités en raison d'un premier épisode psychotique a été encore très peu étudiée jusqu'à maintenant. En fait, deux études ayant examiné la relation entre certaines caractéristiques de l'organisation des services et l'adhésion ont été identifiées. Le Tableau 5 fait une synthèse de ces résultats.

Tout d'abord, Zhang et collaborateurs (1994) ont étudié l'influence d'une intervention éducative familiale offerte en post-hospitalisation sur l'adhésion à la médication d'un groupe d'hommes hospitalisés une première fois pour psychose. Après 18 mois, les chercheurs n'ont trouvé aucune différence significative entre le niveau d'adhésion des patients recevant le traitement usuel comparativement

à ceux qui bénéficiaient en plus d'un suivi familial, bien que l'intervention ait permis de réduire significativement le risque de ré-hospitalisation des patients (Zhang, Wang, Li & Phillips, 1994). Le contexte culturellement différent dans lequel cette étude a été réalisée (Chine) soulève cependant des questionnements quant à la possibilité de généraliser ces résultats au contexte canadien.

Récemment, Garety *et al.* (2006) ont rapporté les résultats d'un essai clinique randomisé ayant permis d'évaluer l'effet d'un programme spécialisé pour le traitement des premières psychoses sur plusieurs mesures de résultats, dont l'adhésion à la médication. Cette étude a été décrite précédemment à la section 1.1.3.3. À partir d'analyses de régression de Cox, l'étude révèle qu'un patient suivi dans le programme de traitement habituel a présenté un risque 1,5 fois plus élevé qu'un patient suivi dans le programme expérimental d'interrompre une première fois sa médication, du moins, tel que mesuré à partir des notes aux dossiers médicaux disponibles pour 131 des 144 sujets de l'étude (*hazard ratio* 1,5 [95% IC : 1,05-2,2]) (Garety *et al.*, 2006).

Certaines considérations limitent cependant la portée de ces résultats. Ainsi, bien que les auteurs précisent qu'une partie des 144 sujets ait été recrutée à partir des unités de soins, il n'en demeure pas moins que le programme testé a été mis en place après le congé d'hospitalisation. Par conséquent, cette étude renseigne sur l'efficacité d'un programme spécialisé pour le traitement ambulatoire des premières psychoses. La question de l'efficacité d'un tel programme amorcé dès l'hospitalisation reste donc entière.

Tableau 5 : Études ayant démontré ou non une association entre les facteurs reliés à l'organisation des services et l'adhésion suite à une première psychose

Facteurs étudiés	Nombre d'études	Association démontrée	Absence d'association démontrée
Intervention éducative familiale	1		Zhang et al., 1994
Programme spécialisé pour les premières psychoses	1	(+) Garety <i>et al.</i> , 2006	

Légende :

(+) Association positive avec l'adhésion

1.2.4.6 Synthèse des facteurs

Plusieurs constats se dégagent de l'analyse des écrits portant sur les facteurs qui influencent l'adhésion aux stratégies d'intervention suite à un premier épisode psychotique. Tout d'abord, ces facteurs ont été très peu étudiés à ce jour, ce qui fait que les connaissances actuelles reposent sur un petit nombre d'études. Néanmoins, l'adhésion apparaît comme un phénomène multifactoriel. Elle est déterminée, d'une part, par des facteurs socio-économiques, des facteurs psychologiques, des facteurs reliés à la condition de santé ainsi qu'à l'intervention. Ce sont les facteurs de risque du manque d'adhésion. Parmi eux, se retrouvent la sévérité des symptômes psychotiques, la présence d'une attitude négative envers le traitement, une faible conscience du trouble (*insight*) ainsi que la présence d'un trouble concomitant d'abus de substances.

L'adhésion est également susceptible d'être influencée par les facteurs reliés à l'organisation des services (WHO, 2003). Cet ensemble de facteurs regroupe des aspects tels que le type de services et de ressources disponibles et accessibles de même que la façon dont sont dispensés ces différents

services. Il s'agit de facteurs potentiellement modifiables, d'où l'intérêt de s'y intéresser de près. Or, ce champ de connaissances commence à peine à être exploré en ce qui concerne les personnes qui présentent un premier épisode psychotique. En effet, la recension des écrits n'a mis en évidence que deux études réalisées spécifiquement avec ce groupe de patients (Garety *et al.*, 2006; Zhang *et al.*, 1994). Dans ce contexte, il apparaît nécessaire d'élargir la recension des écrits afin de documenter auprès de groupes plus larges de personnes, quelle influence exercent les facteurs de l'organisation des services sur leur adhésion aux stratégies d'intervention.

1.3 L'ORGANISATION DES SERVICES

1.3.1 Composantes de l'organisation des services

De façon classique, l'organisation des services peut être abordée sous l'angle de ses composantes au plan de la structure et des processus afin d'expliquer les résultats qui sont produits (Pineault & Daveluy, 1995). Selon ce cadre, la structure englobe l'ensemble des ressources humaines, physiques et financières qui sont disponibles de même que la façon dont ces ressources sont agencées. Les processus, pour leur part, englobent les dimensions technique, interpersonnelle et organisationnelle des services qui sont produits (Pineault & Daveluy, 1995). C'est à partir de ces deux composantes que s'articulera, dans les sections qui suivent, la présentation des connaissances actuelles sur les facteurs de l'organisation des services qui influencent l'adhésion des patients.

1.3.2 Influence de l'organisation des services sur l'adhésion des patients : aperçu général

Selon le comité de travail mandaté par l'Organisation mondiale de la santé pour faire une synthèse des connaissances sur l'adhésion au traitement pour un trouble de santé chronique, tel que l'asthme, le diabète, la dépression et l'épilepsie, l'organisation des services dans le réseau de soins est susceptible d'influencer le comportement d'adhésion des patients (WHO, 2003). Par exemple, la façon dont les ressources sont allouées peut avoir pour conséquence d'accroître la pression mise sur les prestataires de services et affecter, en retour, le temps disponible pour discuter avec les patients de questions telles que leur adhésion au traitement. Au plan des processus, les modalités qui permettent aux différents prestataires de services de partager de l'information constituent une autre composante de l'organisation des services susceptibles d'influencer le comportement d'adhésion des patients (WHO, 2003). Or, relativement peu de recherches ont été effectuées à ce jour concernant l'influence de l'organisation des services sur l'adhésion des patients à leur traitement médical (WHO, 2003). Néanmoins, il a été démontré que certains facteurs organisationnels exercent une influence négative sur l'adhésion. Le manque de connaissances des soignants concernant la gestion des problèmes chroniques, en général, et la question de l'adhésion, en particulier, est l'un de ces facteurs. Au plan des processus, la faible capacité des systèmes à éduquer les patients et à leur fournir un suivi approprié représentent d'autres facteurs qui influencent négativement l'adhésion des patients (WHO, 2003). Selon Pearson et Kopin (2001), le manque de communication entre les prestataires des

différents niveaux de services, après une hospitalisation par exemple, constituerait le principal facteur organisationnel responsable du manque d'adhésion des patients souffrant d'un trouble cardio-vasculaire.

La synthèse de connaissances réalisée pour le compte de l'Organisation mondiale de la santé identifie également d'autres facteurs organisationnels qui, pour leur part, exercent une influence positive sur l'adhésion des patients traités pour divers troubles de santé physique ou mentale. La prise en charge en équipe multidisciplinaire, la formation des patients et des soignants sur la question de l'adhésion et l'absence d'interruption dans la disponibilité de l'information clinique constituent certains de ces facteurs, au plan de la structure, notamment ceux qui sont communs à l'ensemble des pathologies examinées (WHO, 2003). Plus récemment, certains résultats de recherche ont révélé que l'implication d'un gestionnaire de cas (*case manager*) était également susceptible d'améliorer l'adhésion des patients aux prises avec un problème de santé chronique, tel que l'infection au VIH/Sida (Shelton, Golin, Smith, Eng & Kaplan, 2006; Robertson, Smith & Tannenbaum, 2005). Au plan des processus, les données actuelles suggèrent notamment que l'organisation d'un suivi intensif tant en termes de fréquence que de durée des rencontres exercerait également une influence positive sur l'adhésion des patients (WHO, 2003).

1.3.3 Influence de l'organisation des services sur l'adhésion des patients : le cas des personnes souffrant d'un trouble grave de santé mentale

En ce qui concerne l'influence exercée par l'organisation des services sur l'adhésion des patients souffrant de troubles graves de santé mentale, elle a été

surtout étudiée, à ce jour, à partir des composantes relatives aux processus, principalement à partir des interventions dispensées aux patients ou à leurs proches. Des synthèses de connaissances ont d'ailleurs été produites ces dernières années, afin d'identifier celles qui ont un effet sur l'adhésion des patients, le plus souvent à leur traitement pharmacologique (Nose et al., 2003 ; Zygmunt, Olfson, Boyer & Mechanic, 2002; Pekkala & Merinder, 2002; Ilott, 2005; Pharoah, Rathbone, Mari & Streiner, 2003; Reda & Makhoul, 2001). Bien que moins importantes en nombre, il existe également des recherches qui se sont intéressées à l'influence de certaines composantes de la structure sur l'adhésion des patients ayant un trouble psychotique. La composition de l'équipe de soins et la disponibilité de certains programmes cliniques en sont des exemples.

Ces connaissances seront présentées dans les prochaines sections. À la fin de chacune, un tableau permettant d'en faire la synthèse a été ajouté. Enfin, à moins d'indications contraires, les connaissances présentées sont issues d'études réalisées auprès d'une majorité de patients souffrant de psychose non affective.

1.3.3.1 Les processus

Dans les écrits scientifiques des 30 dernières années, les processus étudiés en relation avec l'adhésion au traitement des patients correspondent généralement à des interventions cliniques. Elles peuvent être classées en quatre catégories selon qu'il s'agit d'interventions éducatives, d'interventions familiales, d'interventions psychothérapeutiques ou d'interventions de transition.

La synthèse de connaissances réalisée récemment par Nose *et al.* (2003) permet de dresser un portrait d'ensemble quant à l'influence exercée par chacun de ces quatre types d'intervention sur l'adhésion des patients. Ces chercheurs ont réalisé une méta-analyse afin de vérifier lesquels permettent de réduire le manque d'adhésion à la médication mais également le manque d'adhésion aux rencontres de suivi des patients psychotiques. Seules les études où l'adhésion était la mesure de résultat principale et celles où le groupe contrôle recevait les soins habituels et non un autre type d'intervention ont été incluses. Ces études devaient avoir utilisé un dispositif de recherche expérimental, qu'il soit randomisé ou non.

Globalement, les résultats indiquent que les interventions testées dans les groupes expérimentaux sont significativement plus efficaces pour réduire le manque d'adhésion des patients que les interventions des groupes de contrôle. Par exemple, considérant les 19 études sur 24 ayant eu recours à une mesure dichotomique de l'adhésion, un rapport de cote de 2,59 a été obtenu (95% IC : 2,21-3,03) (Nose *et al.*, 2003). Les résultats indiquent également que l'effet des interventions pour réduire le manque d'adhésion est plus important dans les études ayant suivi les patients moins de six mois (OR : 2,27 [95% IC : 1,78-2,90]) que dans celles où le suivi était de six mois ou plus (OR : 1,70 [95% IC : 1,04-2,78]). Enfin, lorsque l'effet des interventions est examiné selon le contexte où elles ont été dispensées, l'effet favorable disparaît pour les interventions dispensées pendant l'hospitalisation mais se maintient pour les interventions réalisées au moment du congé hospitalier ou encore sur une base externe.

Au-delà de ce portrait général, d'autres données permettent de renseigner sur l'efficacité spécifique à chaque type d'intervention. Ces connaissances seront maintenant abordées et sont résumées au Tableau 6 à la fin de cette section portant sur les processus.

Les interventions éducatives

Les interventions éducatives comptent parmi les interventions qui ont été le plus souvent étudiées en relation avec l'adhésion dans le contexte des psychoses non affectives. Cependant, l'impact réel de ces interventions demeure un sujet de controverse. Ainsi, selon deux méta-analyses réalisées récemment, les interventions éducatives permettraient d'améliorer l'adhésion des patients à leur médication (Nose *et al.*, 2003; Pekkala & Merinder, 2002). Selon Nose *et al.* (2003), l'impact de cette intervention serait d'ailleurs considérable (OR : 2,41 [95% IC : 1,72-3,37]).

Or, ces résultats sont contraires aux conclusions formulées par Zygmunt et collaborateurs à l'issue d'une recension systématique des écrits publiée en 2002. Selon ces chercheurs, l'efficacité des interventions éducatives sur l'adhésion des patients reste encore à démontrer, du moins lorsque ces interventions sont utilisées sans la présence d'une composante comportementale. Cependant, cette synthèse a fait l'objet de nombreuses critiques. Le fait que ces chercheurs aient inclus des études où l'adhésion n'était pas la mesure de résultat principale est l'une de ces critiques (Hogarty, 2004). Ne pas avoir eu recours à des techniques méta-analytiques en est une seconde

(Hamann, Pitschel-Walz & Kissling, 2004). D'ailleurs, il est possible que ces choix méthodologiques puissent expliquer la conclusion divergente à laquelle ces chercheurs sont parvenus.

Les interventions psychothérapeutiques

Les interventions psychothérapeutiques correspondent au second type d'intervention dont la relation avec l'adhésion a déjà été documentée. À partir des trois études qu'ils ont répertoriées dans cette catégorie, Nose *et al.* (2003) ont démontré que la psychothérapie permet de réduire significativement le manque d'adhésion des patients (OR : 2,83 [95% IC : 1,36-5,87]).

L'une des approches examinées par Nose *et al.* (2003), la *compliance therapy*, fait l'objet d'une attention considérable actuellement (Dickerson & Lehman, 2006; Reid, Teesson, Sannibale, Matsuda & Haber, 2005; Byerly, Fisher, Carmody & Rush, 2005). Développée et testée à l'origine par Kemp et collaborateurs (1996, 1998), elle combine des techniques issues de la thérapie cognitive comportementale et de l'entrevue motivationnelle et vise spécifiquement à accroître l'adhésion des patients en post-hospitalisation. Or, une recension systématique des écrits réalisée récemment n'a pas permis de tirer des conclusions claires concernant l'impact de la *compliance therapy* sur l'adhésion des patients ni même sur leur état de santé (Ilott, 2005). En effet, les deux seules études respectant les critères de sélection de cette synthèse sont arrivées à des résultats contradictoires, ce qui ne permet pas de tirer des

conclusions définitives sur l'efficacité de cette intervention psychothérapeutique pour améliorer l'adhésion des patients à leur traitement.

Les interventions familiales

Les interventions comprises dans cette catégorie sont de nature psychosociale et ont pour but généralement de diminuer le stress vécu par la famille et engendré par la maladie de l'un de ses membres. Les données actuelles suggèrent que ce type d'intervention permettrait d'accroître l'adhésion des patients à leur médication (Pharoah *et al.*, 2003; Nose *et al.*, 2003). Cependant, cet effet favorable ne serait pas observé lorsque c'est l'adhésion au suivi qui est considéré (Pharoah *et al.*, 2003).

Les interventions de transition

Les interventions de transition sont généralement de courte durée et, comme leur nom l'indique, s'inscrivent dans les moments de transition vécus par les patients, le plus souvent, entre l'hospitalisation et le suivi en externe. L'établissement d'un contact, avant le congé d'hospitalisation, entre le patient et l'équipe des services externes, en est un exemple. Nose *et al.* (2003) recommandent d'ailleurs d'implanter une intervention de la sorte sur une large échelle, puisque ses analyses révèlent qu'elle a un impact important sur l'adhésion des patients (OR : 3,63 [95% IC : 2,68-4,92]).

L'utilisation de *prompts* constitue une autre intervention de transition dont l'effet sur l'adhésion des patients a déjà été vérifié. Reda et Makhoul (2001)

définissent les *prompts* comme des stratégies utilisées avec les patients, avant la date d'un rendez-vous, pour inciter ceux-ci à s'y présenter. La méta-analyse qu'ils ont réalisée dans le cadre des travaux de la Collaboration Cochrane révèle que l'envoi d'un *prompt* écrit, quelques jours avant la date du rendez-vous de suivi, permet de réduire significativement le risque d'absentéisme (RR : 0,6 [95% IC : 0,4-0,9]). Cependant, cet effet bénéfique n'est pas observé lorsque le *prompt* est fait par téléphone (RR : 0,84 [95% IC : 0,7-1,1]) (Reda & Makhoul, 2001). Bien que n'ayant pas fait de distinction selon la modalité utilisée, les résultats obtenus par Nose *et al.* (2003) ont permis de confirmer globalement ces résultats (OR : 1,87 [95% IC : 1,45-2,42]). Contrairement à l'étude de Reda et Makhoul (2001), seules les études réalisées avec des personnes souffrant de psychose non affective ont été incluses dans la synthèse de Nose *et al.* (2003).

Enfin, il existe d'autres interventions de transition dont l'influence sur l'adhésion a déjà été vérifiée, mais qui n'ont pas été incluses dans les synthèses de connaissances présentées jusqu'ici. C'est le cas de certaines stratégies utilisées sur les unités de soins pour faciliter la coordination des services et la liaison avec les équipes appelées à assumer la prise en charge des patients en post-hospitalisation. Dans l'étude de Boyer et collaborateurs (2000), par exemple, deux interventions de cette nature ont permis de plus que tripler la probabilité que les patients adhèrent à leur suivi, et ce, après avoir contrôlé les facteurs de risque personnels. Ces interventions consistaient à faire participer le patient à des activités du programme externe avant qu'il ne reçoive son congé (OR : 3,90 [95% IC : 1,40-10,82]) et à discuter du plan de congé avec l'équipe

externe (OR : 3,91 [95% IC : 1,61-9,50]) (Boyer, McAlpine, Pottick & Olsson, 2000). Dans une autre étude réalisée auprès de 103 patients, le fait de continuer à être suivi par le même intervenant en post-hospitalisation s'est trouvé significativement associé à une plus grande adhésion au suivi ($p < 0,01$) (Fink & Heckerman, 1981). De plus, la force de cette association était significativement plus importante lorsqu'il s'agissait d'un intervenant avec lequel le patient était déjà en traitement avant d'être hospitalisé ($p < 0,004$). Cependant, considérant que l'étude de Fink et Heckerman (1981) comme celle de Boyer *et al.* (2000) a utilisé un dispositif de recherche corrélationnel, la présence d'un biais de sélection ne peut être écartée et doit être considérée dans l'interprétation de ces données. Aussi, ces études ont été réalisées auprès de patients hospitalisés, sans faire de distinction selon le diagnostic psychiatrique.

Tableau 6 : Synthèse des facteurs organisationnels liés aux interventions étudiées en relation avec l'adhésion et association trouvée

Facteurs étudiés	Association démontrée	Association incertaine ou absente
Interventions éducatives	(+)Nose <i>et al.</i> , 2003 ^a (+)Pekkala & Merinder, 2002 ^a	Zygmunt <i>et al.</i> , 2002 ^b
Interventions de psychothérapie (incluant la <i>compliance therapy</i>)	(+)Nose <i>et al.</i> , 2003 ^a	Ilott, 2005 ^b
Interventions familiales	(+)Nose <i>et al.</i> , 2003 ^a (+)Pharoah <i>et al.</i> , 2003 ^a	
Interventions de transition :	(+)Nose <i>et al.</i> , 2003 ^a ;	
◦ Contact pré-congé		
◦ <i>Prompts</i>	(+)Nose <i>et al.</i> , 2003 ^a (+)Reda & Makhoul, 2001 ^a	
◦ Différentes stratégies de coordination	(+)Boyer <i>et al.</i> , 2000 ^c (+)Fink & Heckerman, 1981 ^c	

^a : Méta-analyse

^b : Recension systématique des écrits

^c : étude corrélationnelle

Légende :

+ : Association positive avec l'adhésion

1.3.3.2 La structure

Les recherches qui se sont intéressées à l'influence des composantes de la structure sur l'adhésion des patients ayant un trouble psychotique ont été peu nombreuses à ce jour. Néanmoins, ces recherches se distinguent selon qu'elles ont ciblé spécifiquement l'équipe de soins ou bien la disponibilité de certains programmes cliniques.

L'équipe de soins

En ce qui concerne l'influence exercée par l'équipe de soins sur l'adhésion des patients, elle a été examinée essentiellement sous l'angle de la composition de l'équipe. Les deux seules études qui ont été répertoriées ont toutes deux tenté de déterminer si la présence d'une ressource affectée à la liaison avec les services externes avait une influence sur l'adhésion des patients. Chacune a été réalisée auprès de patients hospitalisés en raison de divers problèmes psychiatriques.

Dans l'étude de Bogin et collaborateurs (1984), par exemple, l'ajout d'un coordonnateur de références en soutien à l'équipe de l'unité de soins psychiatriques permettrait d'expliquer une augmentation de l'adhésion au suivi des patients de plus du double comparativement à une période de référence, soit de 47,9% et 20,8% respectivement. Dans cette recherche, les tâches du coordonnateur de références étaient les suivantes : 1) participer aux rencontres d'équipe, 2) rencontrer le patient individuellement pour identifier ses besoins en terme de référence, 3) prendre des arrangements avec les dispensateurs de

services externes et organiser un rendez-vous de suivi, et 4) faire une relance au patient juste avant son congé de l'hôpital (Bogin, Anish, Taub & Kline, 1984).

Selon Cuffel et collaborateurs (2002), cependant, le niveau d'implication du coordonnateur de références, appelé ici un gestionnaire de soins (*care manager*), aurait un impact limité sur l'accroissement de l'adhésion, particulièrement dans un contexte de soins où le niveau d'adhésion des patients est déjà élevé. Dans le cadre d'une étude quasi-expérimentale effectuée auprès de 199 sujets, ces chercheurs ont comparé le niveau d'adhésion au suivi de trois groupes bénéficiant des services d'un gestionnaire de soins mais dont l'intensité de l'implication dans la planification du congé et dans les activités de relance variait. À partir d'estimations issues d'un modèle de régression (*proportional hazards regression model*), aucune différence significative entre les trois groupes n'a été observée quant à la probabilité de recevoir un suivi dans les 30 jours post-hospitalisation, soit une probabilité estimée à 69% (95% IC : 65%-73%) (Cuffel, Held & Goldman, 2002).

Les programmes cliniques

Dans le cadre d'une recension systématique des écrits, Zygmunt *et al.* (2002) ont notamment analysé l'impact de programmes communautaires sur l'adhésion à la médication de personnes atteintes de schizophrénie. Outre le fait d'être dispensés dans la communauté, ces programmes se caractérisent par le suivi étroit qui est accordé à chacun des patients inscrits. Huit des dix études répertoriées par Zygmunt *et al.* (2002) dans cette catégorie ciblaient

particulièrement un programme de suivi intensif dans la communauté. Or, une amélioration de l'adhésion des patients n'a été trouvée que dans quatre de ces études. Cette absence d'impact clair en faveur de l'adhésion, en dépit des bons résultats constatés par ailleurs pour diminuer le recours à l'hospitalisation, pourrait s'expliquer, selon les chercheurs, par l'absence de mesure rigoureuse de l'adhésion notée dans ces études. Le fait que les patients recrutés dans ces programmes soient fréquemment connus pour leur manque d'adhésion à leur médication pourrait également expliquer le peu d'impact qui a été constaté.

Une autre caractéristique de la structure étudiée mais en lien, cette fois, avec l'adhésion au suivi, est l'accès à un hôpital de jour transitionnel plutôt qu'aux services externes usuels pour des patients venant de recevoir leur congé d'hospitalisation. Selon Marshall et collaborateurs (2001), l'accès à un hôpital de jour transitionnel permettrait de diminuer le risque d'être perdu au suivi, un an après le congé d'hospitalisation (RR 0,33 [95% IC : 0,14 to 0,76]). Cependant, des analyses supplémentaires par diagnostic ont permis de découvrir que l'effet bénéfique de l'hôpital de jour transitionnel semblait attribuable davantage aux sujets atteints de troubles affectifs qu'à ceux atteints de schizophrénie (Marshall, Crowther, Almaraz-Serrano & Tyrer, 2001).

Tableau 7 : Synthèse des facteurs organisationnels liés à la structure étudiés en relation avec l'adhésion et association trouvée

Facteurs étudiés	Association démontrée	Association incertaine ou absente
Présence d'une ressource affectée à la liaison avec les services externes	(+)Bogin et al., 1984 ^a	Cuffel et al., 2002 ^a
Programmes communautaires (ex : suivi intensif dans la communauté, <i>case management</i>)		Zygmunt et al., 2002 ^b
Hôpital de jour transitionnel		Marshall et al., 2001 ^c

^a : Étude quasi expérimentale ^b : Recension systématique des écrits ^c : Méta-analyse

Légende :

+ : Association positive avec l'adhésion

1.3.3.3 Synthèse des facteurs

Plusieurs constats se dégagent de l'analyse des écrits portant sur l'influence des facteurs liés à l'organisation des services sur l'adhésion aux stratégies d'intervention des personnes aux prises avec un trouble grave de santé mentale. Tout d'abord, la recension des écrits a permis de relever des indications sur l'efficacité de certaines interventions pour diminuer le manque d'adhésion, particulièrement dans les moments de transition comme la post-hospitalisation. Il s'agit des interventions éducatives pour les patients, des interventions familiales et de certaines interventions de transition, notamment l'utilisation de *prompts*, l'établissement d'un contact entre le patient et l'intervenant qui assurera son suivi, et différentes stratégies de coordination. En ce qui concerne les interventions psychothérapeutiques, notamment la *compliance therapy*, son efficacité reste à préciser.

Le second constat qui émerge de l'analyse des écrits concerne le nombre disproportionné d'études ayant exploré l'influence des caractéristiques liées à certains types de processus, comparativement aux autres caractéristiques organisationnelles, notamment celles reliées à la structure. Concernant ce dernier type de facteurs, les connaissances actuelles ne permettent pas de poser un jugement définitif à propos de leur influence sur l'adhésion des personnes qui souffrent d'un trouble grave de santé mentale.

Enfin, l'approche privilégiée dans ces études est celle d'analyser des relations causales unidirectionnelles entre un attribut de l'organisation (par exemple, une intervention) et l'effet attendu. Or, la réalité ne peut être réduite à des relations linéaires binaires (Miller, 1996). De plus, les organisations sont des systèmes complexes et les attributs organisationnels (par exemple, la structure et les processus cliniques) ne prennent leur sens qu'en relation les uns avec les autres (Contandriopoulos, Denis, Touati & Rodriguez, 2001; Miller, 1996; Meyer, Tsui & Hinnings, 1993). C'est cet ensemble, ou configuration d'attributs, qui est associé aux effets observés (Lamarche, Beaulieu, Pineault *et al.*, 2003; Meyer *et al.*, 1993).

1.3.4 Approche pour étudier l'organisation des services

Une des approches préconisées actuellement consiste à procéder à partir d'une taxonomie des modes d'organisation des services (Meyer *et al.*, 1993). Une taxonomie se définit comme une classification d'un ensemble d'observations en des groupes relativement homogènes (Meyer *et al.*, 1993). Dans le présent contexte, elle correspond à une classification des différentes façons d'organiser

les services hospitaliers pour la prise en charge des personnes qui présentent un premier épisode psychotique.

La production de la taxonomie repose sur l'analyse de plusieurs cas particuliers d'organisation de services. Elle consiste à classer les cas sur la base de caractéristiques dominantes. Ces caractéristiques découlent de la conception de l'organisation des services qui est utilisée pour produire la taxonomie. Dans le cadre de cette étude, les services hospitaliers sont conçus comme un système organisé d'actions, ce qui est présenté en détails au chapitre suivant.

L'approche configurationnelle permet de cerner les modèles d'organisation des services. Selon cette approche, la forme des organisations est circonscrite à partir de caractéristiques conceptuellement distinctes et présentes simultanément (Meyer *et al.*, 1993). Bien qu'une variété de combinaisons soit envisageable, il n'existe, dans les faits, qu'un nombre limité de formes, ou configurations organisationnelles, qu'il est possible d'observer. Ce nombre limité s'expliquerait par la cohérence qui existe entre les différentes caractéristiques de l'organisation (Meyer *et al.*, 1993). Ainsi, la façon d'organiser les services peut être circonscrite par une configuration particulière de caractéristiques liées à la vision, aux ressources, à la structure organisationnelle ainsi qu'aux pratiques adoptées par les acteurs afin de dispenser les services. C'est précisément la configuration de ces caractéristiques qui est associée aux effets observés.

1.4 CONCLUSION DE LA RECENSION DES ÉCRITS

Comme il a été vu au chapitre précédent, la communauté scientifique dispose actuellement de données scientifiques robustes permettant de soutenir la pertinence d'intervenir rapidement suite à l'apparition d'une première psychose chez des individus. Ce constat fait d'ailleurs l'objet d'un consensus croissant auprès des professionnels de la santé, au Québec comme ailleurs (AQPPEP, 2006; Bertolote & McGorry, 2005).

Afin de récolter les bénéfices escomptés par une intervention précoce, il est cependant important que les personnes à qui cette intervention est destinée adhèrent aux stratégies thérapeutiques proposées. Or, les données actuelles indiquent qu'une proportion variant entre le quart et la moitié des personnes traitées en raison d'un premier épisode psychotique présente un manque d'adhésion à leur traitement, ce qui a un impact défavorable important sur leur état de santé.

Les facteurs qui influencent l'adhésion suite à l'apparition d'un premier épisode psychotique ont été encore peu étudiés. Ainsi, les recherches effectuées jusqu'à maintenant se sont attardées à l'identification des facteurs de risque associés au manque d'adhésion. Très peu ont porté sur l'influence exercée par les facteurs reliés à l'organisation des services, en dépit du fait que la relation entre certains de ces facteurs et l'adhésion ait été démontrée auprès de groupes de personnes souffrant de troubles graves de santé mentale (Nose *et al.*, 2003; Zygmunt *et al.*, 2002; Boyer *et al.*, 2000).

L'amélioration des connaissances entourant la relation entre les facteurs de l'organisation des services et l'adhésion des personnes qui sont traitées pour un premier épisode psychotique apparaît donc une priorité. Afin de permettre la réalisation d'études dans ce domaine, les chercheurs doivent cependant compter sur des informations détaillées et à jour concernant les modalités d'organisation des services qui sont en place, dans un contexte donné. À cet égard, l'approche par configuration organisationnelle constitue une réponse aux tendances actuelles préconisées en analyse des organisations (Meyer *et al.*, 1993).

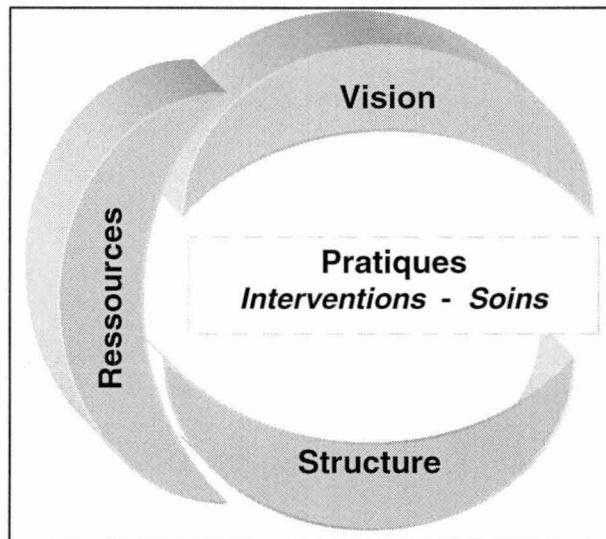
Au Québec, les caractéristiques organisationnelles pour la prise en charge des personnes qui développent une première psychose sont mal connues, ce qui entrave l'étude de leur influence sur une mesure de résultat comme l'adhésion au traitement. Ainsi, cette recherche s'attardera à combler cette lacune. Elle se focalisera spécifiquement sur la description des modes d'organisation des services pour les personnes qui présentent un premier épisode psychotique. Les modes d'organisation en milieu hospitalier seront particulièrement considérés, conformément aux données actuelles suggérant que l'unité d'urgence des hôpitaux demeure la principale porte d'entrée utilisée par ces patients pour accéder aux services psychiatriques après l'apparition des premiers symptômes psychotiques (Norman *et al.*, 2004; Addington *et al.*, 2002).

CHAPITRE 2: CADRE CONCEPTUEL ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Ce second chapitre permet de situer la présente étude à l'intérieur d'un contexte théorique. Il se compose de deux sections, soit le cadre conceptuel et les objectifs de l'étude.

2.1 CADRE CONCEPTUEL

Le modèle de Contandriopoulos et collaborateurs (2000) a été retenu afin de définir les dimensions de l'organisation devant être décrites et à partir desquelles la taxonomie est produite. Selon ce modèle, l'organisation est conçue comme un système organisé d'action se caractérisant par un ensemble d'acteurs qui interagissent pour mobiliser et utiliser des ressources afin de produire des services nécessaires à l'atteinte de leurs objectifs, et ce, à l'intérieur d'un environnement défini (Contandriopoulos, Champagne, Denis & Avargues, 2000). La figure 2 présente les différentes composantes du modèle.



Adapté de Contandriopoulos et al. (2000) et
Lamarche et al. (2003)

Figure 2 : Cadre conceptuel de l'étude

La vision englobe les croyances, représentations, valeurs et finalités qui permettent aux acteurs de communiquer et de donner du sens à leurs actions. La dimension des ressources correspond à la quantité et à la variété des ressources (humaines, matérielles, financières et informationnelles) qui sont mobilisées et utilisées pour la conduite des activités. La structure organisationnelle circonscrit les lois, règlements, conventions, etc. qui conditionnent les comportements des acteurs ainsi que les relations entre eux. Finalement, la dimension des pratiques englobe les différents processus par lesquels les services sont produits (Contandriopoulos *et al.*, 2000; Lamarche *et al.*, 2003).

Le modèle de Contandriopoulos présente des avantages certains pour l'évaluation des programmes en santé. L'un de ces avantages est qu'il constitue un cadre général pouvant être utilisé pour différents types d'intervention, quelque soit son niveau de complexité (Contandriopoulos *et al.*, 2000). Un second

avantage réside dans sa relative exhaustivité comparativement au modèle conventionnel qui, pour sa part, distingue la structure et les processus (Pineault & Daveluy, 1995). Dans le modèle de Contandriopoulos, ces dimensions sont bonifiées en ce sens que les ressources sont isolées de la structure, qu'un accent est mis sur la globalité des pratiques des acteurs et qu'une dimension supplémentaire est identifiée, la vision, permettant ainsi de considérer des éléments de nature symbolique. Enfin, une mise à l'épreuve empirique de ce modèle a déjà été faite dans le cadre d'autres études cherchant à caractériser les modes d'organisation de divers types de services (Fournier & Poirier, 2006; Pineault, 2006; Lamarche *et al.*, 2003).

2.2 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif principal de cette étude consiste à établir une taxonomie des modes d'organisation des hôpitaux montréalais dans la prise en charge des patients recevant une consultation psychiatrique à l'urgence en raison d'un premier épisode psychotique.

Les objectifs spécifiques visent à :

1. Déterminer les caractéristiques organisationnelles de chacun des hôpitaux étudiés selon les dimensions du cadre conceptuel retenu;
2. Analyser les patrons de regroupement des hôpitaux à partir des caractéristiques organisationnelles présentant de la variation entre les hôpitaux;
3. Identifier et caractériser des groupes homogènes d'hôpitaux.

CHAPITRE 3: MÉTHODOLOGIE

Le présent chapitre traite de la méthodologie utilisée afin de répondre aux objectifs de l'étude. Il se compose de sept sections. La première section présentera tout d'abord la stratégie de recherche qui a été retenue pour faire cette étude. La deuxième section décrira en détails le choix des participants ainsi que le mode de recrutement utilisé. Suivront trois sections qui porteront respectivement sur les étapes de la collecte de données, sur les méthodes d'analyse utilisées en réponse à chacun des objectifs spécifiques de l'étude ainsi que sur l'étape de validation des résultats. Puis, les stratégies mises en place afin de s'assurer de la rigueur méthodologique de l'étude seront présentées. Finalement, les considérations éthiques seront brièvement abordées à la dernière section de ce chapitre.

3.1 STRATÉGIE DE RECHERCHE

Cette recherche prend la forme d'une étude descriptive simple. Selon Fortin, Côté et Fillion (2006), il s'agit d'une stratégie de recherche qui permet de décrire un phénomène ou un concept relatif à une population afin d'en établir les caractéristiques. Elle apparaît la plus appropriée, étant donné le peu d'informations disponibles au sujet des modes d'organisations des services destinés aux patients avec un premier épisode psychotique, dans le contexte québécois. Dans le cas de la présente étude, la description porte sur les

caractéristiques organisationnelles d'unités d'urgence et de soins de courte durée.

3.2 PARTICIPANTS ET RECRUTEMENT

3.2.1 Population à l'étude

L'hôpital représente l'unité d'analyse retenue pour cette étude. Trois critères de sélection ont été identifiés afin de circonscrire les hôpitaux faisant partie de la population à l'étude : 1) être situé sur l'île de Montréal; 2) disposer d'un département de psychiatrie adulte; 3) avoir une unité d'urgence.

Le contexte géographique dans lequel se déroule l'étude est essentiellement urbain et se caractérise par une forte concentration de services spécialisés. Deux catégories d'hôpitaux peuvent y être distinguées : les hôpitaux à vocation unique, spécialisés en psychiatrie, et les hôpitaux de soins généraux et spécialisés ayant un département de psychiatrie.

3.2.2 Choix des informateurs clés

Une approche par informateurs clés a été retenue afin d'être en mesure de documenter les différentes dimensions de l'organisation des services dans chacun des établissements à l'étude. Selon Pineault et Daveluy (1995), un informateur clé est une personne qui représente un groupe ou un sous-groupe d'une communauté et qui est reconnu pour avoir une bonne connaissance de celle-ci. L'informateur est d'ailleurs spécifiquement choisi en fonction du rôle

qu'il joue à l'intérieur de cette communauté (Contandriopoulos, Champagne, Potvin *et al.*, 1990).

Deux informateurs clés ont été recrutés dans chaque établissement. Outre le fait de posséder l'information recherchée, il était important que les informateurs présentent une certaine complémentarité entre eux. Pour ce faire, les critères suivants ont été élaborés et ont guidé le choix des informateurs :

1. Détenir un poste de responsabilité leur permettant d'avoir une très bonne connaissance de la structure en place ainsi que des pratiques concrètes utilisées avec les patients psychiatriques;
2. Provenir de deux unités différentes : l'unité d'urgence et l'unité de courte durée. Ces unités ont été identifiées parce qu'elles sont les plus susceptibles d'être utilisées par un patient consultant à l'urgence pour un premier épisode psychotique;
3. Provenir de disciplines professionnelles différentes de façon à refléter la complémentarité interprofessionnelle qui prévaut lors de la prise en charge hospitalière de cette clientèle.

Dans le contexte du réseau hospitalier québécois, le médecin chef de l'urgence psychiatrique et l'infirmière chef de l'unité de courte durée psychiatrique répondent à ces critères. En conséquence, ils ont représenté les informateurs de choix pour cette étude. Comme le montrera la section 4.1 du chapitre 4, les différents milieux conservaient néanmoins la possibilité de proposer d'autres personnes leur apparaissant davantage en mesure de fournir l'information recherchée, en fonction de leur contexte particulier.

3.2.3 Recrutement des informateurs clés

Chaque établissement ciblé a été contacté selon un protocole précis afin de les solliciter à participer à l'étude. Le protocole de recrutement comprenait quatre étapes. Tout d'abord, un premier contact était établi par lettre avec le directeur général de l'hôpital pour l'informer globalement du but de l'étude et de la nature de la participation sollicitée. Dans cet envoi postal, un document comprenant des informations plus détaillées sur l'étude était inclus. Le directeur général était par la suite contacté par téléphone afin d'obtenir son autorisation verbale pour débiter le recrutement. Par la même occasion, il était invité à acheminer l'information reçue au directeur des services professionnels et hospitaliers (DSPH) et au directeur des soins infirmiers (DSI) de son établissement. Par la suite, un contact téléphonique était effectué avec le DSPH et le DSI afin que chacun identifie un informateur clé aux fins de l'étude. Finalement, un contact téléphonique avec chaque informateur permettait de prendre un rendez-vous à leur convenance pour débiter la collecte de données. Un exemple de chacun des documents envoyés est inclus à l'Annexe A.

Au moment de l'entrevue, un formulaire de consentement devait être signé par les informateurs après leur avoir donné de l'information sur l'étude et avoir répondu à toutes leurs questions. L'Annexe B présente le formulaire de consentement utilisé.

3.3 COLLECTE DE DONNÉES

3.3.1 Stratégie retenue

Dans cette étude, l'entrevue qualitative a été retenue comme stratégie de collecte de données. Plus particulièrement, il s'agit d'une stratégie qui permet aux répondants d'exprimer leur compréhension d'un phénomène particulier en utilisant leurs propres mots, sans catégories de réponses pré-déterminées (Patton, 2002). Étant donné que l'étude a pour but de décrire des modes d'organisation qui sont encore très peu documentés, cette stratégie est apparue la plus appropriée.

Plus particulièrement, l'entrevue standardisée à questions ouvertes (*standardized open-ended interview*) a été retenue (Patton, 2002). Il s'agit d'un type d'entrevue qualitative qui se caractérise par l'utilisation de questions dont la formulation et la séquence sont pré-déterminées, ce qui accroît la comparabilité des réponses et en facilite l'analyse. Cela correspond, par conséquent, au niveau de standardisation qu'il est souhaitable de retrouver au plan de l'instrumentation, étant donné la comparaison inter-établissements qu'il est prévu de faire afin de construire la taxonomie. Enfin, ces questions ont été regroupées afin de constituer un guide d'entrevue qui a servi de canevas de base pour la conduite des entrevues.

3.3.2 Étapes de la construction du guide d'entrevue

La construction du guide d'entrevue a respecté trois étapes : la construction d'une première version, la réalisation d'un pré-test qualitatif et la

production d'une version finale (Blais & Durand, 2003). Cette section décrira successivement chacune de ces étapes.

La première étape a consisté à élaborer une version préliminaire du guide d'entrevue. Cette première version a été construite à partir des dimensions organisationnelles du cadre conceptuel, soit la vision, les ressources, la structure organisationnelle et les pratiques (Contandriopoulos *et al.*, 2000; Lamarche *et al.*, 2003). Pour chacune des dimensions, des questions ont été développées afin de cerner les caractéristiques organisationnelles spécifiques de la prise en charge des patients avec un premier épisode psychotique. Une attention particulière a été apportée à la formulation des questions afin de répondre aux critères de qualité, soit la précision, la pertinence et la neutralité (Blais & Durand, 2003). Enfin, en complément à ces questions, une vignette clinique et quelques questions supplémentaires ont été ajoutées au guide d'entrevue, et ce, afin de permettre aux informateurs d'illustrer concrètement et de façon chronologique les étapes habituelles de la prise en charge des patients dans leur milieu.

Un pré-test qualitatif du guide d'entrevue, dans des conditions se rapprochant le plus possible de celles prévues pour la collecte de données principale, a ensuite été réalisé. Cette étape est importante afin de tester non seulement le guide d'entrevue, mais également l'ensemble de la situation de collecte de l'information (Blais & Durand, 2003).

Ainsi, des entrevues ont été réalisées à l'aide du guide d'entrevue avec cinq informateurs clé. Ces derniers ont été recrutés dans deux hôpitaux dispensant des services psychiatriques mais hors du secteur défini pour la

population à l'étude. Quatre des cinq informateurs ont été choisis à partir des critères définis à la section 3.2.2. Le directeur du département de psychiatrie de l'un des deux établissements a représenté le cinquième informateur recruté. Cette dernière procédure avait pour but de documenter dans quelle mesure l'ajout d'une troisième source d'information dans un établissement contribuerait à la compréhension des modes organisationnels prévalant. Une fois les entrevues complétées, la transcription de chacune a par la suite été examinée en tenant compte des notes prises par l'interviewer, et ce, afin de déceler les lacunes éventuelles du guide mais également noter les ajustements requis dans la conduite des entrevues. Les différents constats ont par la suite été présentés et discutés avec l'équipe de chercheurs, ce qui a permis d'identifier les questions à modifier.

Une version finale du guide d'entrevue a alors été réalisée. De plus, la contribution apportée par le directeur du département de psychiatrie s'étant avérée peu significative à l'objet d'étude, la participation d'un tel informateur clé n'a pas été retenue pour la suite de l'étude. Après que l'équipe de chercheurs eût approuvé la version finale du guide d'entrevue, la collecte de données principale a été amorcée. L'Annexe C présente la version finale du guide d'entrevue utilisé à l'unité d'urgence ainsi que la version finale du guide utilisé à l'unité de soins de courte durée.

3.3.3 Déroulement des entrevues

Deux entrevues ont été conduites dans chaque établissement : une première entrevue avec l'informateur provenant de l'unité d'urgence et une

seconde entrevue avec l'informateur de l'unité de soins psychiatriques. Ces entrevues individuelles ont été réalisées en respectant le guide d'entrevue afin de s'assurer d'un niveau d'uniformité acceptable à travers les différents milieux.

Les entrevues se sont déroulées au moment et à l'endroit choisis par chacun des informateurs. Toutes les entrevues ont été conduites par la même personne, soit la responsable de l'étude. Avant de débiter, chaque participant devait avoir lu et signé le formulaire de consentement à l'étude. Les entrevues étaient d'une durée variant entre 45 minutes et 1h15 et ont toutes été enregistrées sur bande audio.

3.4 ANALYSE DES DONNÉES

Plusieurs étapes ont été nécessaires pour analyser les données et produire ultimement une taxonomie de modèles d'organisation. Ces étapes correspondent chacune aux objectifs spécifiques de l'étude et seront présentées ainsi afin de faciliter la compréhension de la démarche.

OBJECTIF 1 : Déterminer les caractéristiques organisationnelles de chacun des hôpitaux étudiés selon les dimensions du cadre conceptuel retenu.

La première étape a consisté à transcrire sous la forme de *verbatim* les enregistrements audio des entrevues. Les *verbatim* ont aussi été dépersonnalisés à cette étape.

Dans un deuxième temps, une analyse de contenu du matériel a été effectuée en s'inspirant de la méthode proposée par Landry (2000). Plus

particulièrement, une grille d'analyse a été développée à partir des quatre dimensions du cadre conceptuel, soit la vision, la structure organisationnelle, les ressources et les pratiques. Ces dimensions ont constitué les thèmes à partir desquels une première classification du matériel d'entrevue a été réalisée. À l'intérieur de chaque dimension, le matériel a été regroupé en sous-dimensions suivant une formule mixte, c'est-à-dire que certaines des sous-dimensions ont été reprises telles que définies préalablement dans le guide d'entrevue alors que les autres sous-dimensions ont été induites en cours d'analyse (Landry, 2000). Les segments de textes correspondant à chacune des sous-dimensions ont ensuite été codés afin d'obtenir une liste de variables ou caractéristiques organisationnelles.

La troisième étape a consisté à effectuer une analyse transversale des données issues de l'analyse de contenu. Cette portion de l'analyse a permis d'apprécier les similitudes et les différences présentées par les établissements concernant l'ensemble des variables organisationnelles identifiées. Les variables où aucune variation n'était notée entre les établissements ont été conservées afin de décrire les caractéristiques communes à ces établissements. Pour celles où de la variation était notée entre les établissements, les réponses obtenues ont été catégorisées et définies explicitement. Seul ce groupe de variables organisationnelles a été considéré pour les étapes subséquentes de l'analyse. Ce choix découle directement du but visé par l'étude, soit d'établir une taxonomie des modes d'organisation des services. En effet, l'action de classer, qui est sous-jacente à l'établissement d'une taxonomie, implique une étape

préalable de différenciation. Puisque les classes sont constituées à partir de ce qui diffère et non de ce qui est commun, c'est ce qui explique la nécessité de prendre en compte essentiellement les éléments qui varient.

OBJECTIF 2 : Analyser les patrons de regroupement des hôpitaux à partir des caractéristiques organisationnelles présentant de la variation entre les hôpitaux.

Pour cette étape, les données ont été regroupées dans un tableau synthèse comprenant les réponses obtenues par variable, pour l'ensemble des établissements. Ces données ont ensuite été examinées afin d'identifier la présence éventuelle de patrons communs aux variables, par exemple, les variables qui sont présentes quand d'autres sont présentes, celles qui sont présentes lorsque d'autres sont absentes et celles qui sont absentes lorsque d'autres sont absentes. Cette portion de l'analyse est fortement inspirée de l'approche configurationnelle décrite à la section 1.3.4. Ainsi, des regroupements de variables permettant le mieux de différencier les établissements les uns des autres ont été constitués.

Une analogie peut être faite entre ces regroupements de variables, aussi appelés les axes, et le concept de « facteur » utilisé en analyse factorielle. En analyse factorielle, les facteurs sont des variables construites, regroupant des éléments qui sont inter reliés, ce qui permet d'expliquer un phénomène par une quantité plus restreinte d'éléments (Norman & Streiner, 2003). De la même manière, les axes définis dans cette étude sont des construits qui englobent un ensemble de variables inter reliées. Ce sont ces axes qui constitueront, au

terme de l'analyse, les grands attributs à partir desquels les modèles d'organisation seront caractérisés.

Une fois les axes constitués, les établissements ont été positionnés les uns par rapport aux autres sur chacun de ces axes à l'aide de scores calculés pour chaque établissement. Pour ce faire, des valeurs numériques de 0, 0,5 ou 1 ont été attribuées aux différents choix de réponse. Puis, la somme des valeurs numériques a été calculée, permettant d'obtenir un score total pour chaque axe, par établissement.

À la suite de cette étape, un processus de validation a été entrepris en ayant recours, pour ce faire, à un groupe d'experts. Des explications concernant la conduite du processus de validation sont incluses à la section 3.5.

OBJECTIF 3 : Identifier et caractériser des groupes homogènes d'hôpitaux.

Finalement, la dernière étape de l'analyse des données a consisté à représenter graphiquement la position des établissements à partir des scores qui ont été calculés. À l'aide de cette représentation graphique, il a été possible de cerner les modèles d'organisation émergents en regroupant les établissements qui partagent une position relativement proche sur le graphique, sur la base d'une analyse visuelle (Kazdin, 1982). Enfin, chacun des modèles a été examiné afin d'en préciser les principales caractéristiques distinctives.

3.5 VALIDATION DES RÉSULTATS

Les résultats obtenus au terme des différentes étapes d'analyse détaillées précédemment ont été soumis à un comité d'experts à des fins de validation. Cette démarche poursuivait deux buts : vérifier l'adéquation entre les stratégies d'analyse utilisées et les objectifs de l'étude et valider l'interprétation des données.

Le comité était composé de quatre personnes provenant du milieu clinique ou du milieu de la recherche universitaire. Deux des membres du comité étaient psychiatres et possédaient une vaste expérience clinique en milieu hospitalier auprès de patients souffrant de troubles psychotiques. Les deux autres membres du comité étaient des chercheurs spécialisés en organisation des services de santé et familiers avec l'approche configurationnelle.

Une seule rencontre de groupe a été planifiée. Dans les semaines précédant la rencontre, un document expliquant la démarche et les résultats obtenus a été transmis à chaque membre du comité. La rencontre proprement dite a été animée par la responsable de l'étude. Deux autres membres de l'équipe de recherche étaient également présents et se sont chargés de la prise de notes. Les commentaires et suggestions formulés par les experts ont par la suite été discutés en équipe.

3.6 CRITÈRES DE RIGUEUR MÉTHODOLOGIQUE

Lors de la planification de l'étude, des stratégies particulières ont été prévues afin de s'assurer de la rigueur méthodologique de l'étude et ainsi, en accroître la fiabilité et la crédibilité. Cette section décrira brièvement les stratégies utilisées.

En ce qui concerne la collecte de données, un premier critère de qualité au plan méthodologique réside dans la validité de contenu du guide d'entrevue utilisé. Ce type de validité dépend du niveau de correspondance qui existe entre la mesure empirique et le domaine de recherche spécifique qui est ciblé (Gauthier, 2003). Dans le cadre de cette étude, la validité de contenu du guide d'entrevue a été assurée, d'une part, par le cadre conceptuel retenu et, d'autre part, par l'expérience clinique acquise par la responsable de l'étude auprès de patients psychiatriques en milieu hospitalier ainsi que par l'expérience approfondie des autres membres de l'équipe en ce qui concerne la recherche dans ce domaine.

Au plan pratique, la réalisation d'un pré-test qualitatif a constitué une étape qui a permis de vérifier l'exhaustivité des questions, la compréhension qu'en ont les interlocuteurs, l'ordonnancement des questions ainsi que le déroulement global de l'entrevue. De plus, toutes les entrevues ont été réalisées par le même interviewer, soit la responsable de l'étude, ce qui a permis de minimiser la variabilité dans la façon de conduire l'entrevue. L'interviewer a été invité à respecter la formulation des questions du guide d'entrevue et à demeurer neutre dans le choix des questions de clarification. Finalement, l'enregistrement

des entrevues sur bande audio a permis de transcrire les échanges et de s'assurer ainsi de leur conformité avec les données brutes de l'étude, ce qui pouvait être constamment vérifié pendant le processus de codage.

Certaines stratégies ont également été prévues en regard des différentes étapes de l'analyse. En ce qui concerne l'analyse de contenu, les procédures avaient pour but de s'assurer de l'extraction exhaustive du matériel lors du repérage des segments de textes et de la fidélité inter juge dans la codification de ce matériel. Ainsi, deux membres de l'équipe ont lu et codé de façon indépendante un échantillon correspondant à 15% des transcriptions d'entrevue, soit 4 entrevues. Leur codification a par la suite été comparée. En présence d'écarts, les membres se sont rencontrés et en ont discuté afin de concilier leurs différences. Le *verbatim* de quatre autres entrevues a par la suite été codé par un membre de l'équipe puis revu par un second. À cette étape, l'accord obtenu entre les deux membres s'est avéré globalement satisfaisant, ce qui a permis à la responsable de l'étude de poursuivre l'analyse de contenu. En ce qui concerne les autres étapes de l'analyse des données, soit l'analyse transversale et l'analyse configurationnelle, la rigueur du processus a été assurée par un retour fréquent au groupe de chercheurs. La complémentarité des expertises en présence a notamment permis de comparer et de mettre à l'épreuve l'interprétation des données, ce qui fait que ce processus s'apparente à une triangulation des analystes (Patton, 2002). La validation des résultats par un groupe d'experts s'inscrit également dans cette perspective. Enfin, la production de fréquents comptes rendus écrits à l'équipe a permis d'assurer la « traçabilité »

du processus et de faire en sorte que les différentes phases de l'analyse puissent être répétées et aboutir aux mêmes conclusions (Miles & Huberman, 2003).

3.7 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

La démarche employée dans cette étude s'est conformée aux exigences en matière d'éthique de la recherche (Doucet, 2002). Ainsi, lors du contact téléphonique pour la prise de rendez-vous avec les participants, des informations ont été données concernant le but de l'étude et la nature de la participation sollicitée. De l'information écrite concernant l'étude leur a également été acheminée avant la date de l'entrevue. Pour faciliter la participation, les entrevues ont eu lieu dans le milieu de travail des répondants, au moment qui leur convenait. Avant de débiter l'entrevue, des explications supplémentaires ont été offertes concernant les mesures employées afin d'assurer la confidentialité des données. Il leur a été précisé qu'ils avaient le choix de participer ou non à la recherche, sans préjudice pour eux ou pour l'établissement qu'ils représentaient. Aussi, les entrevues ont été enregistrées uniquement avec l'accord de ces personnes. Finalement, les entrevues ont commencé uniquement après que les répondants eurent pris connaissance et signé le formulaire de consentement proposé (cf. Annexe B).

D'autres mesures ont été prises afin de garantir la confidentialité, particulièrement lors du traitement de l'information recueillie. Ainsi, les données d'identification ont été codées à l'étape de la transcription des entrevues et

conservées dans un fichier séparé, accessible seulement aux responsables du projet. Enfin, le protocole de recherche a été évalué par le Comité d'éthique de la recherche de la Direction de santé publique de Montréal qui a émis un certificat de conformité éthique en date du 27 décembre 2004. Une copie de ce certificat est présentée à l'Annexe D.

CHAPITRE 4: RÉSULTATS

Cette étude visait à décrire et établir une taxonomie des modes d'organisation des hôpitaux montréalais dans la prise en charge des patients qui reçoivent une consultation psychiatrique à l'urgence, en raison d'un premier épisode psychotique. Les principaux résultats obtenus au terme de cette étude seront présentés dans ce chapitre. Dans un premier temps, la participation à la réalisation de cette étude sera expliquée. Puis, les résultats obtenus au terme de chaque étape ayant mené à la construction des modèles d'organisation des services seront détaillés. Ce chapitre se terminera, finalement, par la présentation des caractéristiques distinctives des modèles émergents.

4.1 PARTICIPATION À L'ÉTUDE

Treize hôpitaux ont répondu aux critères de sélection de l'étude, c'est-à-dire qu'ils étaient situés sur l'île de Montréal et disposaient d'un département de psychiatrie ainsi que d'une unité d'urgence. Deux sont des hôpitaux à vocation unique, spécialisés en psychiatrie. Quant aux onze autres, il s'agit d'hôpitaux de soins généraux et spécialisés ayant un département de psychiatrie.

Toutes les personnes sollicitées pour une entrevue ont accepté d'être rencontrées. À cinq reprises, l'informateur rencontré a différé de celui qui avait été initialement prévu selon les critères définis à la section 3.2.2. Dans deux établissements, l'informateur rencontré à l'unité d'urgence était une infirmière

étroitement impliquée dans la coordination des services de ce secteur d'activités. Une entrevue à l'unité de soins a été réalisée avec l'infirmière responsable du suivi intégré alors que deux autres entrevues ont été réalisées avec des ergothérapeutes impliqués de près dans la prise en charge et le suivi des patients hospitalisés. Ces changements se sont notamment produits à la suite des suggestions formulées par les directeurs consultés et qui estimaient ces choix plus appropriés à leur contexte particulier. Au total, 26 entrevues ont été réalisées. La collecte de données s'est échelonnée sur une période de trois mois, entre avril et juillet 2005.

4.2 ÉTAPES DE LA CONSTRUCTION DES MODÈLES

Cette section détaillera les résultats obtenus au terme de chacune des étapes ayant mené à la construction des modèles d'organisation. Les résultats seront présentés par objectif spécifique. La contribution apportée par le groupe d'experts dans la validation des résultats sera également décrite.

4.2.1 Détermination des caractéristiques organisationnelles des hôpitaux étudiés (objectif 1)

Au terme de cette étape, le matériel d'entrevue recueilli dans chaque établissement s'est retrouvé classifié et codé à l'intérieur de chacune des quatre dimensions organisationnelles du cadre conceptuel. Deux décisions qui ont influé sur l'analyse ont alors été prises. Premièrement, un des treize établissements participants a été exclu. Cette décision a découlé des pratiques en cours dans cet établissement. Plus particulièrement, ces pratiques visaient à

transférer dès que possible les patients qui consultaient pour un premier épisode psychotique vers un autre établissement disposant d'un programme spécialisé pour le traitement de cette clientèle. Par conséquent, le nombre d'établissements considérés pour la suite des analyses s'est établi à 12. Deuxièmement, il a été décidé de considérer les variables organisationnelles de l'unité de soins préférablement à celles de l'urgence. Cette décision découle de la tendance documentée auprès des informateurs de l'urgence à hospitaliser les patients qui reçoivent une consultation psychiatrique à l'urgence en raison d'un premier épisode psychotique, du moins ceux dont les symptômes psychotiques peuvent s'expliquer autrement que par la consommation de drogue. Il en résulte qu'une portion importante du traitement initial de ces patients est mise en place pendant l'hospitalisation et que le transfert de leur prise en charge vers les services externes se planifie généralement à partir de l'unité de soins.

L'analyse transversale réalisée à cette étape a permis de distinguer deux ensembles de caractéristiques organisationnelles : celles qui varient à travers les établissements et celles qui sont communes à l'ensemble des établissements. C'est à partir du premier groupe, soit les caractéristiques qui varient, que les modèles d'organisation ont pu être constitués. Ces caractéristiques sont d'ailleurs considérées exclusivement dès la section 4.2.2 et pour les sections suivantes.

En ce qui concerne le second groupe, soit les caractéristiques organisationnelles qui sont communes, elles sont de peu d'intérêt pour construire les modèles d'organisation. Cependant, il s'agit d'informations utiles pour

documenter les aspects de l'organisation des services qui sont partagés par tous les établissements. Par conséquent, elles seront brièvement décrites dans la prochaine section.

4.2.1.1 Les caractéristiques organisationnelles communes

Certains éléments communs sont ressortis concernant tout d'abord la vision qu'ont les acteurs de l'approche préconisée dans leur milieu avec les personnes qui requièrent des soins en raison d'un premier épisode psychotique. Premièrement, cette approche est décrite comme globale, dans le sens qu'elle prend en compte l'ensemble des dimensions de la personne. La recherche de la collaboration du patient est également ressortie comme une caractéristique très importante de cette approche. Enfin, les proches significatifs des patients sont perçus comme des acteurs importants et ayant besoin d'être informés et rassurés. À cet égard, les demandes qu'ils font aux intervenants sont perçues comme étant légitimes et reçoivent une réponse positive.

De plus, tous les établissements ont en commun d'offrir à leurs patients un traitement dispensé en équipe multidisciplinaire. Chaque équipe se réunit sur une base régulière pour convenir d'un plan d'intervention et l'ajuster en fonction de l'évolution clinique des patients.

Enfin, dans tous les établissements participants, des activités visant à planifier et à organiser le suivi en post-hospitalisation ont été rapportées. Le fait de s'assurer que les patients ont rencontré leur prochain intervenant avant de quitter l'unité de soins est l'une des interventions qui est commune à tous les établissements. L'organisation d'un rendez-vous de suivi avant le congé des

patients en constitue une seconde. D'ailleurs, ce rendez-vous a généralement lieu dans les deux semaines qui suivent le congé du patient de l'unité de soins.

4.2.1.2 Les caractéristiques organisationnelles qui varient

L'analyse transversale des résultats a permis de distinguer un groupe de caractéristiques qui présentent des variations à travers les établissements étudiés. Il s'agit des caractéristiques à partir desquelles les modèles d'organisation des services ont été constitués. Une liste de ces variables avec leur définition est proposée au Tableau 8. Dans ce tableau, la présence d'items qualifiant les ressources, la structure organisationnelle ainsi que les pratiques peut être notée. Cependant, aucun item concernant la dimension de la vision n'est présent. Ceci s'explique par l'absence de variation, entre les établissements, concernant les aspects documentés en regard de cette dimension. Cependant, comme il sera exposé au chapitre de la discussion lors de l'examen des forces et des limites de l'étude, il est vraisemblable que cette absence de variation en regard de la vision puisse être expliquée par des considérations méthodologiques, ce qui impose la plus grande prudence dans l'interprétation de cette partie des résultats.

**Tableau 8 : Caractéristiques organisationnelles qui varient:
définitions et choix de réponse**

RESSOURCES
Présence d'une aire de l'unité de soins spécifiquement dédiée au traitement des premières psychoses (oui / non).
Présence au sein de l'équipe d'une ressource non médicale dont l'une des fonctions consiste à coordonner les services requis par les patients à travers l'ensemble du continuum de services (oui / non).
Accès aux informations relatives à l'hospitalisation du patient, par l'équipe responsable d'assurer le suivi en post-hospitalisation (total / partiel) : <ul style="list-style-type: none"> - L'accès est considéré <u>total</u> lorsque toutes les informations sont incluses au dossier patient utilisé par l'équipe responsable du suivi en post-hospitalisation; - L'accès est considéré <u>partiel</u> lorsque seulement une partie des informations est incluse au dossier patient utilisé par l'équipe responsable du suivi en post-hospitalisation, par exemple, sous la forme de résumés.
STRUCTURE ORGANISATIONNELLE
Présence dans l'établissement d'un programme spécialisé pour traiter les premières psychoses (oui / non).
Étendue du programme spécialisé pour traiter les premières psychoses, le cas échéant (unité de soins et clinique externe / clinique externe).
Présence dans l'établissement d'un hôpital de jour accessible aux patients psychotiques (oui / non).
PRATIQUES
Type d'implication de la famille recherchée par l'équipe pendant l'hospitalisation (centrale / périphérique) : <ul style="list-style-type: none"> - L'implication est <u>centrale</u> lorsque la famille est décrite comme faisant partie de l'équipe et qu'en ce sens, elle est invitée à participer aux décisions concernant le traitement; - L'implication est <u>périphérique</u> lorsque les rencontres avec la famille consistent à transférer de l'information au sujet des décisions qui sont prises ou qui restent à prendre par rapport au traitement.
Existence d'un programme visant l'auto administration des médicaments pendant l'hospitalisation (oui / non).
Existence d'un programme d'enseignement sur le traitement offert en groupe aux patients, pendant l'hospitalisation (oui / non).
Gamme d'interventions réalisées avec les patients pour favoriser le suivi en post-hospitalisation (limitée / élargie) : <ul style="list-style-type: none"> - La gamme est considérée <u>limitée</u> si elle se limite aux pratiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Avant le congé, un rendez-vous de suivi est organisé pour le patient, et - Avant le congé, le patient a rencontré un des intervenants de l'équipe appelée à assurer le suivi en post-hospitalisation. - La gamme est considérée <u>élargie</u> si, en plus des deux pratiques précédentes, elle comporte l'une des pratiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Avant d'obtenir son congé, le patient est accompagné pour une visite des lieux où doit se dérouler le suivi post-hospitalisation; - Le patient est amené à s'impliquer précocement dans des activités du programme de suivi en post-hospitalisation.
Nature des mécanismes utilisés par l'équipe pour échanger de l'information avec le service responsable du suivi en post-hospitalisation, en prévision du congé (interactifs / non interactifs) : <ul style="list-style-type: none"> - Les mécanismes sont <u>interactifs</u> s'ils impliquent une action mutuelle, un échange. Les discussions de cas dans le cadre de rencontres conjointes en sont un exemple; - Les mécanismes sont <u>non interactifs</u> s'ils n'impliquent pas une action mutuelle, un échange (ex : références).
Équipe vers laquelle est transférée la responsabilité de la prise en charge en post-hospitalisation (même équipe / autre équipe).
Plan de congé discuté avec le patient, en présence d'un des membres de l'équipe qui assurera la prise en charge en post-hospitalisation (oui / non).
Niveau d'implication d'une ressource de l'unité de soins dans le suivi du plan d'intervention, en support à l'équipe (élevée / de base) : <ul style="list-style-type: none"> - L'implication de cette ressource est <u>élevée</u> lorsqu'elle est présente aux rencontres multidisciplinaires et s'assure que l'information pertinente qui en découle soit transmise aux différents acteurs concernés; - L'implication de cette ressource est <u>de base</u> lorsqu'elle participe peu au suivi du plan d'intervention.

Enfin, le tableau 9 présente les réponses obtenues par chacun des 12 établissements concernant les variables organisationnelles où une variation inter établissement a été observée.

4.2.2 Analyse des patrons de regroupement des hôpitaux (objectif 2)

Afin d'analyser les patrons de regroupement des hôpitaux, les variables organisationnelles ont été regroupées sous deux axes qui comportent chacun un ensemble de variables inter reliées. La première partie de l'Annexe E présente les variables organisationnelles comprises dans chacun des deux axes. Il est possible d'y constater, d'une part, que le premier axe nommé « axe de coordination » comprend des variables relatives aux pratiques. Dans le contexte de l'étude, la coordination fait référence à l'ensemble des arrangements permettant aux organisations d'agencer logiquement leurs parties afin d'atteindre le but qu'elles poursuivent (Contandriopoulos, Denis, Touati & Rodriguez, 2001). Ici, la coordination englobe tant les arrangements à l'intérieur des unités que ceux en lien avec l'extérieur. Le second axe, d'autre part, englobe les variables relatives aux ressources et à la structure organisationnelle et deux variables relatives aux pratiques. Cet axe est nommé « axe d'étendue d'offre de services ». Dans le contexte de l'étude, il fait référence à l'éventail des services qui sont disponibles (Donabedian, 1973).

Tableau 9 : Caractéristiques organisationnelles présentes dans les hôpitaux étudiés

[illegible]

Tel que précisé à la section 3.4, un score d'étendue d'offre de services et un score de coordination ont par la suite été calculés par établissement. Les scores totaux obtenus pour chacun d'eux sont présentés au Tableau 10. Quant aux valeurs numériques utilisées pour faire ces calculs, les informations détaillées sont présentées dans la seconde partie de l'Annexe E.

Tableau 10 : Scores d'étendue de l'offre de services et score de coordination pour chacun des 12 hôpitaux à l'étude

Hôpitaux :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<i>Axe d'étendue de l'offre de services</i>	6	4	6,5	4,5	5	1,5	1,5	2,5	4	2	3	1
<i>Axe de coordination</i>	6	5	5	2	2	2	2	4	3	4	1	0

4.2.3 Identification et caractérisation des groupes homogènes d'hôpitaux (objectif 3)

La Figure 3 illustre la position des 12 hôpitaux à partir d'un axe de coordination et d'un axe d'étendue de l'offre de services, et leur regroupement en quatre groupes relativement homogènes. Ces regroupements ont été effectués à partir d'une analyse visuelle de la Figure 3. Chacun des regroupements correspond à un modèle d'organisation des services qui possède ses propres caractéristiques distinctives. Celles-ci seront présentées en détails à la section 4.3.

4.2.4 Contribution du groupe d'experts au processus de validation

Un groupe de quatre experts a été constitué et s'est réuni à une occasion afin de valider les différentes étapes empruntées pour l'analyse et l'interprétation des résultats. La conduite de ce processus a respecté les modalités décrites à la section 3.5.

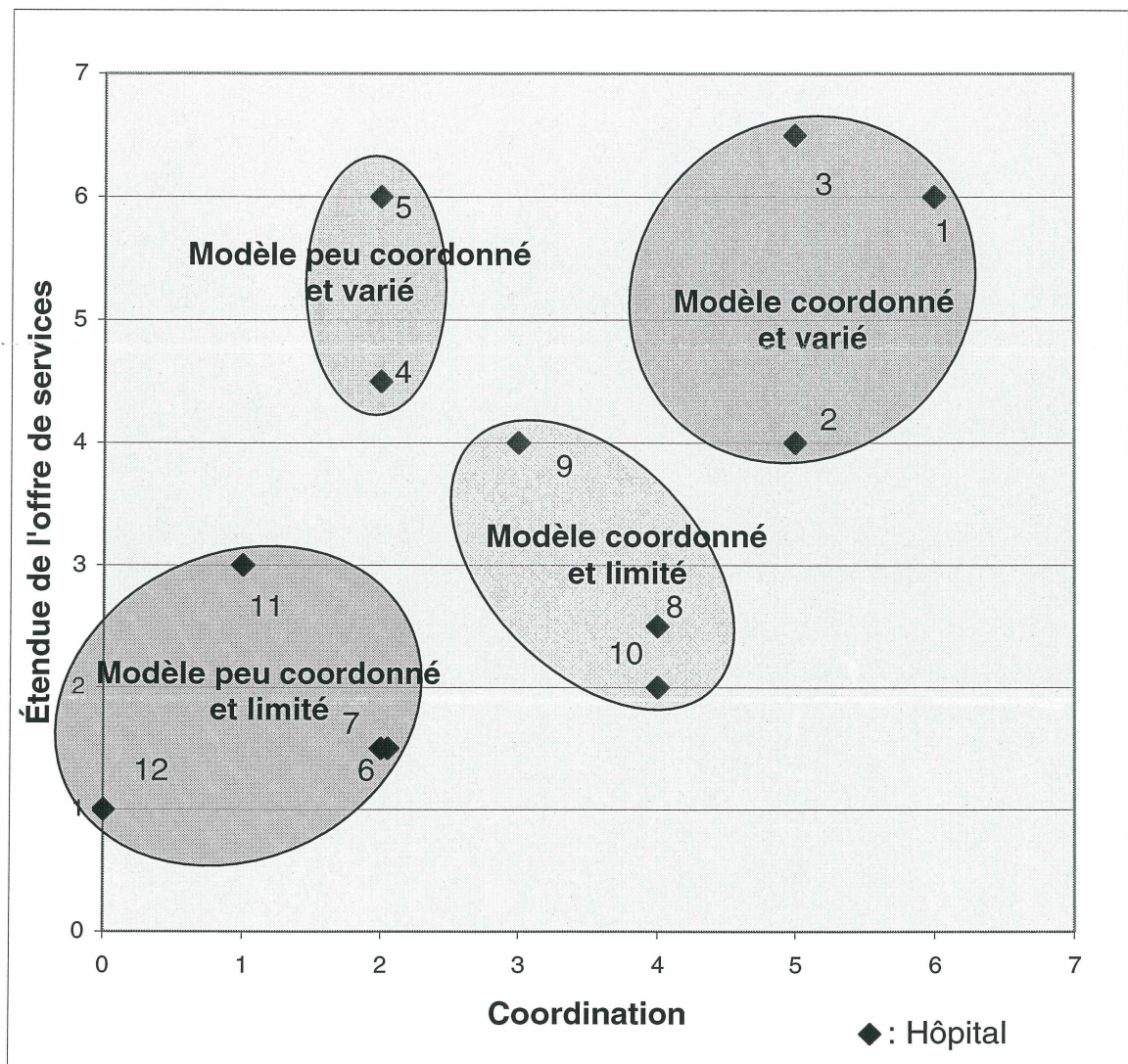


Figure 3 : Position et regroupements des hôpitaux à partir des axes de coordination et d'étendue de l'offre de services

Pendant la rencontre, les experts se sont penchés de façon spécifique sur deux choix d'analyse ayant été effectués. La façon de regrouper les caractéristiques organisationnelles en axes est l'un des aspects qui a été abordé. À cet égard, certaines considérations au plan clinique et au plan conceptuel les ont amenés à proposer des ajustements aux regroupements proposés. Ces suggestions ont été retenues, et se reflètent dans la présentation actuelle des

résultats. Le second choix d'analyse qui a été discuté par les experts concerne la pertinence d'accorder un poids différent à certaines caractéristiques organisationnelles pour le calcul des scores de chacun des axes. Après discussion, le comité d'experts a validé le choix fait par l'équipe d'accorder un poids égal à chacune des caractéristiques retenues.

4.3 DESCRIPTION DES MODÈLES

Cette section présente les caractéristiques organisationnelles distinctives des quatre modèles d'organisation qui composent la taxonomie. Selon l'importance des pratiques de coordination en place, il est possible de subdiviser les modèles en deux groupes : les modèles dits « coordonnés » et les modèles dits « peu coordonnés ». Puis, chacun des groupes peut à son tour être subdivisé selon que l'étendue de l'offre de services y soit « variée » ou « limitée ».

Les principales caractéristiques distinctives des quatre modèles sont schématisées au Tableau 11. Les cases ombragées dans le tableau indiquent que, pour un modèle donné, il n'a pas été possible de préciser certaines caractéristiques organisationnelles. Cette imprécision s'explique par la variation trop importante notée entre les établissements lors de la construction des modèles d'organisation.

Tableau 11 : Caractéristiques organisationnelles distinctives des modèles d'organisation de la prise en charge hospitalière des patients avec un premier épisode psychotique

MODÈLES :	Coordonné et varié <i>n</i> = 3	Coordonné et limité <i>n</i> = 3	Peu coordonné et varié <i>n</i> = 2	Peu coordonné et limité <i>n</i> = 4
RESSOURCES				
Aire de l'unité de soins réservée 1 ^{ère} psychose	Oui	Non		Non
Ressource de coordination pour le continuum de services	Oui	Non		Non
Accès à l'information clinique en post-hospit.	Total	Total	Total	Partiel
STRUCTURE ORGANISATIONNELLE				
Existence programme pour 1 ^{ère} psychose	Oui	Non	Oui	
Étendue programme pour 1 ^{ère} psychose	u.soins + clin.externe	N/A		
Hôpital de jour accessible aux patients psychotiques	Non	Oui	Oui	
PRATIQUES				
Implication de la famille recherchée par l'équipe	Centrale	Centrale		Périphérique
Enseignement de groupe sur le traitement	Oui	Oui	Non	Non
Interventions pour favoriser le suivi en post-hospit.	Élargie	Élargie	Élargie	Limitée
Mécanismes d'échange d'info entre équipes	Interactive	Interactive		Non interactive
Transfert de patient en post-hospitalisation	Même équipe	Autre équipe	Autre équipe	Autre équipe
Discussion du plan de congé avec groupe élargi	Oui	Non	Non	Non
Implication d'une ress. de l'unité pour le suivi du plan	Élevée	Élevée	De base	Élevée

Légende : La présence d'ombrage dans une case indique que la caractéristique n'a pu être précisée pour ce modèle, ce qui est attribuable à la variation inter établissements trop importante lors de la construction des modèles d'organisation.

4.3.1 Modèles coordonnés

Les modèles coordonnés se caractérisent, en premier lieu, par la présence de mécanismes qui favorisent une articulation étroite des services à

l'intérieur de l'unité de soins, illustrée par la présence de certaines pratiques visant à mobiliser et concerter les acteurs qui gravitent autour du patient hospitalisé. Ainsi, dans ces modèles, l'équipe recherche une implication de la famille telle que celle-ci est invitée à participer aux décisions qui concernent le traitement de leur proche hospitalisé. En ce sens, elle est qualifiée de centrale. De plus, pour s'assurer du suivi du plan d'intervention convenu, l'équipe peut compter sur l'implication active d'une ressource de l'unité de soins. Entre autres, cette dernière assiste aux rencontres de l'équipe et s'assure que l'ensemble des acteurs impliqués, quelque soit leur quart de travail, possède l'information pertinente à la conduite du plan d'intervention.

De plus, les modèles coordonnés se caractérisent par la présence de mécanismes qui permettent l'articulation des services avec l'extérieur de l'unité de soins. Par exemple, la gamme d'interventions réalisées avec les patients pour favoriser leur suivi après le congé est élargie. Cela signifie qu'en plus des interventions habituelles telles que d'organiser un rendez-vous de suivi pour les patients, ces derniers sont généralement amenés à s'impliquer dans le programme externe avant d'obtenir leur congé d'hospitalisation. Certaines caractéristiques des ressources informationnelles viennent supporter la coordination dans les modèles coordonnés. Ceci se manifeste entre autres par le fait que l'équipe responsable du patient en post-hospitalisation a accès de façon intégrale aux informations cliniques qui ont été recueillies pendant l'hospitalisation du patient.

Par ailleurs, les modèles coordonnés se différencient selon l'étendue de leur offre de services. Ces différences s'observent particulièrement au niveau des caractéristiques des ressources ainsi que de la structure organisationnelle. Dans une moindre mesure, les modèles coordonnés se différencient également selon qu'ils présentent ou non certains mécanismes de coordination supplémentaires.

4.3.1.1 Le modèle coordonné et varié

Outre les caractéristiques communes aux deux modèles coordonnés et décrites précédemment, le modèle coordonné et varié se caractérise par la présence de certaines pratiques qui contribuent à la coordination des services offerts. Tout d'abord, la prise en charge des patients n'y est généralement pas transférée vers une autre équipe. Il résulte de cette pratique que l'équipe responsable du patient pendant l'hospitalisation continue à assurer cette responsabilité en post-hospitalisation et, en outre, que les mécanismes utilisés par l'équipe pour transférer l'information en prévision du congé sont de nature interactive. Enfin, les patients pris en charge dans le cadre de ce modèle sont invités par l'équipe à revoir leur plan de congé en présence d'intervenants qui continueront à être impliqués dans leur suivi en post-hospitalisation. Cette dernière caractéristique est d'ailleurs présente uniquement dans le modèle coordonné et varié.

Le modèle coordonné et varié se caractérise également par une offre de services qui est variée. Ceci s'observe, au plan de la structure, par la présence d'un programme spécifique pour le traitement des premières psychoses. De

plus, il s'agit d'un programme qui cible une clientèle qui se retrouve tant à l'unité de soins que dans les services externes.

La variété dans l'étendue de l'offre de services s'observe également au plan des ressources, tant humaines que physiques. Sur les unités de soins psychiatriques, par exemple, des espaces spécifiquement réservés au traitement des personnes aux prises avec une première psychose sont prévus. Aussi, l'équipe de soins qui prend en charge ces patients au moment de leur hospitalisation compte généralement une ressource dont l'une des fonctions consiste à coordonner l'ensemble des services requis à travers le continuum de services. Enfin, au plan des pratiques, ce modèle offre un programme d'enseignement de groupe aux patients hospitalisés, bien qu'il ne soit pas spécifiquement destiné aux patients avec une première psychose.

4.3.1.2 Le modèle coordonné et limité

Le modèle coordonné et limité partage avec le modèle précédent un certain nombre de mécanismes favorisant la coordination des services. Ces mécanismes ont d'ailleurs été décrits à la section 4.4.1. Cependant, il se distingue du modèle coordonné et varié en ce que la prise en charge des patients est transférée à une équipe différente en post-hospitalisation et qu'aucun des membres de l'équipe responsable du patient pendant son hospitalisation ne demeure impliqué dans le suivi en post-hospitalisation. Néanmoins, les deux équipes utilisent des mécanismes interactifs pour s'échanger de l'information en prévision du congé. Ces mécanismes prennent généralement la forme de rencontres *ad hoc*.

Au plan de l'offre de services, ce modèle se distingue par son absence de structure et de ressource spécifiques aux patients avec une première psychose. Par conséquent, le traitement de ces patients s'effectue avec les structures et les ressources communes à l'ensemble des patients hospitalisés. Par ailleurs, les établissements qui organisent leurs services de la sorte disposent généralement d'un hôpital de jour qui est accessible aux patients en post-hospitalisation. Avant leur congé, ces patients ont également accès à un programme d'enseignement sur le traitement, dispensé à des groupes de patients présentant différents diagnostics.

4.3.2 Modèles peu coordonnés

À la différence des modèles coordonnés, certaines des caractéristiques des modèles peu coordonnés n'ont pu être précisées en raison de la variation inter établissements constatée au moment de la construction des modèles. Cette variation est indiquée par la présence de cases ombragées dans le Tableau 11. Néanmoins, certaines caractéristiques distinctives peuvent être identifiées. Ainsi, les modèles peu coordonnés présentent des mécanismes de coordination, mais en nombre restreint. D'autre part, ces modèles se différencient par l'étendue de l'offre de services rendue disponible aux personnes avec un premier épisode psychotique. Ainsi, un modèle peu coordonné offre un grand éventail de services alors que le second présente une étendue beaucoup plus réduite.

4.3.2.1 Le modèle peu coordonné et varié

Une première caractéristique de ce modèle réside dans le nombre limité de pratiques visant à favoriser la coordination des services. Il s'agit du seul modèle, par exemple, où l'équipe ne peut compter sur l'implication soutenue d'une ressource de l'unité de soins afin de s'assurer du suivi du plan d'intervention. Aussi, la prise en charge des patients est généralement transférée vers une équipe différente en post-hospitalisation. Concernant les mécanismes utilisés par les équipes pour échanger de l'information en prévision du transfert, ces mécanismes diffèrent d'un établissement à l'autre, ce qui a empêché de caractériser le modèle à cet égard. Un constat semblable est également fait en ce qui concerne la façon d'impliquer la famille. Néanmoins, afin de favoriser leur suivi en post-hospitalisation, les patients ont l'occasion de s'impliquer dans le programme externe avant d'obtenir leur congé, soit par une visite préalable des lieux, soit en participant à des activités du programme.

L'importante étendue de l'offre de services est une autre caractéristique majeure du modèle peu coordonné et varié. Ainsi, au plan de la structure, ce modèle dispose de plus d'une option pour assurer la prise en charge des patients en post-hospitalisation. En effet, il s'y trouve un programme spécialisé pour les premières psychoses et également un hôpital de jour disponible pour ces patients. Au plan des ressources, la nouvelle équipe conserve un accès total aux informations qui ont été recueillies tout au long de l'hospitalisation des patients. Par ailleurs, la variation inter établissements notée en ce qui concerne les autres ressources n'a pas permis la caractérisation du modèle à cet égard.

4.3.2.2 Le modèle peu coordonné et limité

Tout comme le modèle précédent, le modèle peu coordonné et limité se caractérise par un nombre limité de pratiques favorisant la coordination des services. Il s'agit du seul modèle, par exemple, où l'implication de la famille pendant le traitement peut être considérée comme périphérique. Cela signifie que les rencontres avec la famille visent davantage à transférer de l'information au sujet des décisions qui sont prises ou qui restent à prendre, qu'à la faire participer aux prises de décision. Il s'agit également du seul modèle où les interventions réalisées avec les patients pour favoriser leur suivi se limitent à des interventions de base, telles que d'organiser un rendez-vous de suivi et s'assurer qu'ils ont eu un contact avec l'intervenant de l'externe avant d'obtenir leur congé. Néanmoins, l'équipe peut compter sur le soutien d'une ressource de l'unité qui s'implique activement dans le suivi du plan d'intervention.

Comme pour l'autre modèle peu coordonné, la prise en charge des patients en post-hospitalisation y est assurée par une équipe entièrement différente. Une particularité de ce modèle, cependant, réside dans le fait que l'échange d'informations entre les équipes, avant le congé, n'implique généralement pas d'interactions. Le plus souvent, les équipes vont communiquer au moyen d'informations écrites qui transitent par le dossier médical.

L'étendue de l'offre de services dans ce modèle est restreinte, et ce, tant au plan des ressources que de la structure. Par exemple, l'équipe du modèle peu coordonné et limité ne dispose pas d'une ressource vouée à la coordination

des services à travers tout le continuum de soins. Aussi, une partie seulement des informations collectées pendant l'hospitalisation du patient est incluse au dossier utilisé par l'équipe responsable du suivi en post-hospitalisation.

Au plan de la structure, finalement, la variation intra modèle qui est observée rend difficile la caractérisation des modèles. Néanmoins, l'examen des données brutes permet de constater deux choses. Tout d'abord, les établissements qui disposent d'un hôpital de jour accessible aux patients psychotiques n'offrent pas de programme spécialisé pour la prise en charge des premières psychoses. Ensuite, lorsqu'un tel programme est présent, celui-ci n'est pas disponible pour les patients hospitalisés.

En résumé, l'analyse des données a permis de dégager quatre modèles d'organisation des services. Ces modèles se distinguent selon deux axes : la coordination et l'étendue de l'offre de services. Ces axes constituent en fait les principaux attributs des modèles à partir desquels ils ont pu être caractérisés une première fois. C'est ainsi que chaque modèle est dit « coordonné » ou « peu coordonné » et qu'il est dit « varié » ou « limité ». De plus, un examen des modèles à partir des caractéristiques organisationnelles comprises dans chacun des axes a permis de caractériser plus finement chaque modèle. À l'issue de cette démarche, les principales caractéristiques distinctives de chacun au plan des ressources, de la structure organisationnelle et des pratiques ont pu être précisées. Ces caractéristiques ont été décrites précédemment et sont schématisées au Tableau 11.

CHAPITRE 5: DISCUSSION

Ce dernier chapitre se compose de trois sections. Les principaux constats qui se dégagent de l'analyse des résultats à partir des connaissances actuelles font l'objet de la première section. Puis, une discussion des facteurs qui ont pu influencer la validité de l'étude est présentée, soulignant notamment les forces et les limites de la démarche de recherche utilisée. Finalement, ce chapitre se termine par la présentation des principales implications de cette recherche tant sur le plan théorique que pratique.

5.1 PRINCIPAUX CONSTATS DE LA RECHERCHE

Cette étude s'est intéressée à décrire les modes d'organisation des services hospitaliers de l'île de Montréal pour la prise en charge des patients qui consultent à l'urgence en raison d'un premier épisode psychotique. Il en a résulté une taxonomie composée de quatre modèles d'organisation des services. Sur la base de ces résultats, l'organisation des services qui prévaut sur ce territoire peut être examinée sur trois niveaux. Le premier niveau consiste à examiner l'organisation des services sous l'angle de ses principales composantes en regard de la vision, des ressources, de la structure organisationnelle et des pratiques. C'est à ce niveau que les caractéristiques organisationnelles sont distinguées selon qu'elles sont communes à l'ensemble des hôpitaux participants ou bien qu'elles varient. L'organisation des services

peut également être examinée à un second niveau, soit à partir des modèles qui découlent des regroupements d'hôpitaux et de leurs grands attributs. Enfin, l'organisation des services documentée dans cette étude peut être examinée à un troisième niveau, soit en mettant en relation les caractéristiques dominantes des modèles avec les connaissances actuelles concernant les facteurs de l'organisation des services qui influencent l'adhésion des patients. Chacun de ces trois niveaux d'analyse sera repris dans les sections qui suivent.

5.1.1 Caractéristiques de l'organisation des services dans les hôpitaux montréalais

Les caractéristiques organisationnelles décrites dans cette étude sont de deux ordres : celles qui sont communes à l'ensemble des hôpitaux et celles qui varient. Le premier constat qui émerge de cette étude découle de l'examen du premier ensemble, soit les caractéristiques organisationnelles communes à tous les hôpitaux participant à l'étude. L'implication du patient et de ses proches dans le traitement, le travail en équipe multidisciplinaire et la présence de certaines activités de liaison réalisées avec le patient pour favoriser son suivi constituent trois caractéristiques déterminantes de ce groupe (cf. section 4.2.1.1). Or, chacune d'elles s'inscrit dans les tendances préconisées actuellement en ce qui concerne la prise en charge de clientèles vulnérables. Par exemple, le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 reconnaît explicitement l'importance de la participation active des personnes souffrant d'un trouble mental aux décisions qui les concernent (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). L'implication de la famille de ces personnes est également préconisée, ce

qu'appuient également les consensus d'experts concernant le traitement des premiers épisodes psychotiques (Addington, McKenzie, Addington *et al.*, 2005; Marshall, Lockwood, Lewis & Fiander, 2004).

La nécessité d'assurer les liaisons entre les différents prestataires de services constitue un autre principe directeur mis de l'avant par le Plan d'action en santé mentale. Dans la présente étude, il s'actualise à travers certaines pratiques visant à faciliter la liaison du patient vers les services externes, à l'étape de la planification du congé. En ce qui concerne la multidisciplinarité, son importance fait déjà l'objet d'un large consensus (Marshall *et al.*, 2004; Liberman, Hilty, Drake & Tsang, 2001). En outre, l'approche en équipe multidisciplinaire constituerait une condition essentielle pour optimiser la planification du congé et l'activation des services en post-hospitalisation (Bull & Roberts, 2001).

Outre les composantes de l'organisation des services qui sont communes à tous les hôpitaux participants, cette étude a permis de dresser un portrait des composantes organisationnelles qui varient d'un hôpital à l'autre. Comme le montre le Tableau 9 au chapitre précédent, ces variations sont observées en ce qui concerne la dimension des ressources, la dimension de la structure organisationnelle et la dimension des pratiques. Au-delà de leur apport à la construction des modèles d'organisation, ces caractéristiques renseignent sur l'étendue de la variation observée au plan de l'organisation des services psychiatriques dans les hôpitaux d'un même territoire géographique, soit l'île de Montréal.

Ces écarts entre les services psychiatriques dispensés par les hôpitaux de l'île de Montréal ont déjà été constatés par le passé. Dans une étude réalisée en 2002 auprès des mêmes hôpitaux, des différences considérables concernant la gamme de services psychiatriques ambulatoires offerts par chacun avaient également été observées (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002).

Un premier élément pour expliquer les écarts constatés est d'ordre historique. Il fait référence aux conditions différentes dans lesquelles se sont développés les services psychiatriques des hôpitaux à vocation unique, spécialisés en psychiatrie, comparativement aux autres hôpitaux. En effet, jusqu'au début des années 1960, les services psychiatriques sur l'île de Montréal étaient majoritairement dispensés dans l'un ou l'autre des deux hôpitaux à vocation unique. Puis, le mouvement de désinstitutionalisation des années 60 a favorisé l'implantation d'un département de psychiatrie dans les hôpitaux généraux et la sectorisation des services psychiatriques sur ce territoire (Wallot, 2001). Il est possible que ces conditions aient eu une influence sur la façon dont les hôpitaux ont organisé leurs services et qu'elles puissent expliquer, par conséquent, la variation qui a été constatée dans la présente étude.

Un autre élément d'explication a trait à l'environnement dans lequel les hôpitaux à l'étude sont implantés. Globalement, cet environnement se caractérise par son caractère urbain ainsi que par sa forte concentration en services spécialisés. Néanmoins, il est possible que des différences existent à l'intérieur même de cet environnement, soit entre les secteurs où sont implantés

les hôpitaux. Ces différences pourraient s'observer au niveau des caractéristiques de la population qui résident dans ces secteurs, par exemple, leur niveau socio-économique et leurs structures d'âge. Elles pourraient s'observer également au niveau de l'importance de la collaboration inter-organisationnelle, ou bien encore au niveau des valeurs et de la culture véhiculées par les acteurs qui travaillent dans ces différents établissements. Or, il s'agit de caractéristiques de l'environnement connues pour exercer une influence sur la façon dont les organisations sont structurées et fonctionnent (Scott, 2002; Alter & Hage, 1993). Ainsi, bien que le lieu géographique dont il est question soit relativement restreint, il est possible que ces aspects aient pu avoir un impact sur les hôpitaux et permettent en conséquence d'expliquer la variation notée entre eux au plan de l'organisation de leurs services psychiatriques.

5.1.2 Grands attributs des modèles

Une contribution majeure de cette étude a consisté à examiner les modes d'organisation documentés dans les hôpitaux à l'étude selon une approche configurationnelle (Meyer *et al.*, 1993). Quatre modèles d'organisation des services ont pu être identifiés. Ils se distinguent sur la base de deux grands concepts ou axes, la coordination et l'étendue de l'offre de services, qui en représentent les principaux attributs.

5.1.2.1 La coordination

La définition de la coordination qui a été retenue dans l'étude est celle de Contandriopoulos *et al.* (2001). La coordination y est définie comme « *l'ensemble des arrangements qui permet un agencement logique des parties*

d'un tout pour une fin donnée » (Contandriopoulos *et al.*, 2001, p. 42). Dans l'étude, ces arrangements font référence à des processus, plus particulièrement à des pratiques cliniques. Au nombre de six, ces pratiques regroupées sous l'axe de coordination ont en commun de solliciter l'implication d'acteurs clés gravitant autour du patient, par exemple, les membres de la famille et les intervenants vers lesquels le patient est référé (cf. Annexe E). D'un point de vue organisationnel, ces processus visent à s'assurer d'une interaction harmonieuse, au fil du temps, entre les différentes composantes organisationnelles en cause, ce qui constitue l'une des principales fonctions de la coordination selon Alter et Hage (1993).

Jusqu'à tout récemment, il n'était pas rare que le terme « continuité des soins » soit utilisé comme un synonyme de « coordination ». Des synthèses de connaissances réalisées à ce sujet dans les dernières années ont cependant permis de clarifier le concept de continuité et le distinguer d'avec d'autres concepts apparentés comme celui de coordination (Joyce, Wild, Adair *et al.*, 2004; Haggerty, Reid, Freeman *et al.*, 2003; Johnson, Prosser, Bindman & Szmukler, 1997).

Ainsi, Haggerty *et al.* (2003) ont identifié deux éléments clés qui caractérisent le concept de continuité des soins. Le premier élément, la longitudinalité, fait référence aux soins reçus ou dispensés dans le temps. Quant au second élément, il correspond à l'expérience de soins du patient, ce qui permet de situer la continuité comme étant un attribut du patient et non de l'organisation (Haggerty *et al.*, 2003). En tant qu'attribut de l'organisation, la

coordination peut donc être vue comme une façon d'accroître la continuité mais ne représente pas, en soit, la continuité.

Cette perspective est cohérente avec la définition opérationnelle donnée au concept de coordination dans cette étude. Elle rejoint d'ailleurs ce qu'Alter et Hage (1993) définissent comme la coordination de niveau opérationnel. Il s'agit d'une coordination qui repose principalement sur des méthodes informelles. En outre, elle s'observe à travers les trajectoires empruntées par les patients pour circuler d'une organisation à l'autre, dans le temps. Sur la base de ces trajectoires, trois méthodes particulières peuvent être distinguées : la méthode séquentielle, la méthode réciproque et la méthode collective (Alter & Hage, 1993). Ces méthodes ou types de coordination (Contandriopoulos *et al.*, 2001) renseignent sur le degré d'intégration de la tâche entre les organisations et constituent, en cela, une grille d'analyse pertinente pour aider à mieux comprendre les modèles d'organisation issus de la présente étude.

La méthode séquentielle est celle qui existe lorsque le patient est traité à l'intérieur d'une organisation puis, une fois le traitement terminé, qu'il est orienté vers une autre organisation. À l'opposé, la méthode collective est celle qui est présente lorsque le patient est traité par des professionnels provenant de plus d'une organisation et que ces professionnels assurent conjointement la responsabilité de la prise en charge du patient à l'aide de modalités convenues en groupe. De façon intermédiaire, la méthode réciproque est celle qui existe lorsque le patient est traité simultanément par des professionnels provenant de

plus d'une organisation, mais sans la présence d'un plan développé collectivement (Alter & Hage, 1993; Contandriopoulos *et al.*, 2001).

La méthode utilisée par les quatre modèles d'organisation qui composent la taxonomie peut être conçue, à la base, comme une méthode séquentielle. Dans le contexte de l'étude, l'unité de soins représente l'entité au sein de l'organisation où le traitement du patient est amorcé et à partir de laquelle son transfert est organisé vers une seconde entité, généralement l'hôpital de jour ou la clinique externe, à la fin de l'hospitalisation.

Bien que les quatre modèles fonctionnent selon ce schéma de base, ils diffèrent selon qu'ils présentent une tendance plus ou moins prononcée à utiliser une méthode complémentaire, soit la méthode collective. Le modèle coordonné et varié, par exemple, en présente plusieurs caractéristiques. En effet, les pratiques présentes dans ce modèle offrent différentes occasions aux professionnels de l'unité de soins et aux professionnels des services externes d'interagir en présence ou non du patient, et de se concerter au sujet des interventions devant être dispensées. L'implication étroite des proches du patient dans les décisions cliniques, une autre caractéristique du modèle, peut être vue comme une façon de renforcer ces processus. En outre, une portion de l'équipe conserve la responsabilité de la prise en charge du patient une fois que celui-ci a obtenu son congé d'hospitalisation. Ainsi, bien que les services demeurent fondamentalement dispensés de façon séquentielle, différents aspects des pratiques témoignent d'une tendance vers une intégration de la tâche entre l'unité de soins et les services externes et donc, vers une

coordination de type collectif. Cette tendance s'observe également dans le modèle coordonné et limité, mais elle est présente dans une moindre mesure.

En revanche, la tendance vers une coordination de type collectif apparaît relativement absente des deux modèles peu coordonnés de la taxonomie, particulièrement du modèle peu coordonné et limité. Ce dernier modèle, en effet, offre peu d'occasions aux professionnels de l'unité de soins et des services externes d'interagir et de se concerter au sujet du patient afin de développer un plan de traitement commun. De plus, le niveau d'implication des proches significatifs du patient tend à s'y limiter à de l'échange d'information.

En somme, la grille d'analyse d'Alter et Hage (1993) permet une conceptualisation plus fine des modèles qui composent la taxonomie. Ainsi, bien qu'une coordination de type séquentiel caractérise fondamentalement la trajectoire empruntée par les patients pour circuler de l'unité de soins vers les services externes, les différents modèles semblent se distinguer selon qu'ils se rapprochent plus ou moins d'une coordination de type collectif. La Figure 4 illustre la position de chacun des modèles à cet égard.

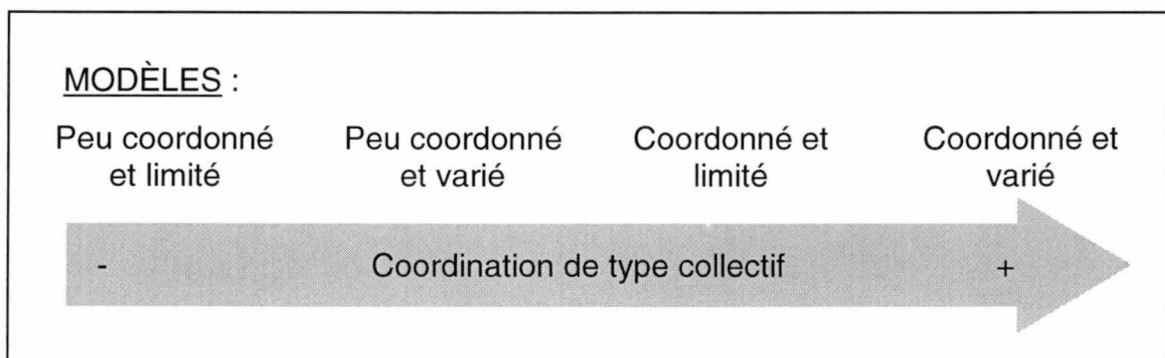


Figure 4 : Position relative des modèles selon la place occupée par la coordination de type collectif

Selon Contandriopoulos *et al.* (2001), la méthode collective serait particulièrement appropriée lorsque les patients ont un problème de santé dont le diagnostic et le traitement comportent de l'incertitude et qui requiert l'expertise de plusieurs professionnels. Or, ces caractéristiques apparaissent présentes chez les personnes qui reçoivent une consultation psychiatrique à l'urgence en raison d'un premier épisode psychotique. Tout d'abord, les données recueillies dans l'étude indiquent que ces personnes sont majoritairement hospitalisées puis qu'elles sont évaluées et traitées dans un contexte multidisciplinaire. À ce stade de la maladie, les connaissances actuelles montrent que les incertitudes sont nombreuses au plan du diagnostic, du traitement ainsi qu'au plan du pronostic (Schimmelman *et al.*, 2005 ; Kampman *et al.*, 2004 ; Schwartz *et al.*, 2000 ; APA, 2004). En outre, il s'agit d'une situation où l'expertise des différents professionnels est susceptible d'être mise à contribution de façon récurrente dans le temps, étant donné le risque de rechute important associé à ce trouble (Robinson *et al.*, 1999).

Ces considérations semblent suggérer que plus les modèles tendent vers une coordination collective, plus ils disposent d'une intensité au plan de la coordination qui apparaît correspondre aux exigences que pose le traitement des personnes hospitalisées en raison d'un premier épisode psychotique. Dans le contexte de l'étude, les modèles coordonnés seraient par conséquent avantagés au détriment des modèles peu coordonnés. Néanmoins, comme les liens entre les modes d'organisation et les résultats cliniques sont peu maîtrisés en général, la question de savoir si les modèles coordonnés sont plus susceptibles que les

autres de favoriser l'adhésion aux stratégies d'intervention des patients reste à explorer.

Cette question est cependant en pleine émergence. Le programme d'intervention développé par Miller et collaborateurs (2005), par exemple, intègre plusieurs caractéristiques de la coordination de type collectif. L'une des cibles principales de ce programme est en outre l'adhésion des patients aux stratégies d'intervention (Miller, Caponi, Sevy & Robinson, 2005). Cette tendance s'observe également dans les consensus d'experts publiés récemment. Ces derniers soulignent notamment l'importance de mettre en place des mécanismes favorisant la concertation entre les intervenants afin que s'articulent étroitement les programmes spécialisés dans le traitement des premières psychoses aux structures de soins existantes (Addington *et al.*, 2005; Marshall *et al.*, 2004).

5.1.2.2 L'étendue de l'offre de services

L'étendue de l'offre de services représente l'autre grand concept ou axe qui distingue les modèles et qui représente un des principaux attributs des modèles. Il fait référence à l'éventail des services qui sont disponibles pour les personnes qui ont obtenu une consultation psychiatrique à l'urgence en raison d'un premier épisode psychotique. Dans l'étude, cet axe regroupe les caractéristiques organisationnelles des ressources et de la structure ainsi qu'une caractéristique des pratiques (cf. Annexe E).

Parmi cet ensemble de caractéristiques hétérogènes, il s'en trouve certaines qui sont liées de façon étroite à l'approche d'intervention précoce de la psychose. La présence d'un programme spécialisé pour le traitement des

premières psychoses de même que l'existence d'une aire de l'unité de soins allouée spécifiquement au traitement de ces patients constituent deux de ces caractéristiques. Leur caractère essentiel fait d'ailleurs l'objet d'un fort consensus selon les experts dans ce domaine (Marshall *et al.*, 2004). Une troisième caractéristique fait référence, quant à elle, à la présence d'un programme d'enseignement portant sur le traitement pharmacologique et non pharmacologique dispensé à des groupes de patients. Bien que la dimension groupale ne soit pas précisée, cet aspect d'éducation est pareillement considéré essentiel par les experts (Marshall *et al.*, 2004). Une quatrième caractéristique, finalement, vient compléter cet ensemble hétérogène et correspond à la présence d'un hôpital de jour accessible aux patients psychotiques en post-hospitalisation. Le suivi très étroit offert aux patients dans un tel programme de même que son caractère ambulatoire permettent de lier indirectement cette caractéristique à l'approche d'intervention précoce de la psychose, étant donné l'importance qu'elle accorde à ces derniers aspects (Reading & Birchwood, 2005; International early psychosis association writing group, 2005).

Trois autres caractéristiques incluses sous l'axe d'étendue d'offre de services peuvent être comprises, pour leur part, comme des éléments qui viennent appuyer l'organisation dans ses efforts pour coordonner ses services et favoriser, ultimement, une continuité de services après le congé d'hospitalisation. Pour chacune d'entre elles, il est possible d'identifier le type de continuité qui semble être favorisée en sa présence, selon la typologie proposée par Haggerty *et al.* (2003). Tout d'abord, le fait que l'équipe responsable d'assurer le suivi du

patient en post-hospitalisation ait accès intégralement aux informations recueillies pendant l'hospitalisation est un élément susceptible de favoriser des soins et services adaptés aux besoins du patient dès son congé d'hospitalisation. C'est ce que Haggerty *et al.* (2003) qualifient de continuité informationnelle.

Puis, le fait que le programme spécialisé soit étendu, c'est-à-dire disponible aux patients qu'ils soient hospitalisés ou suivis sur un mode ambulatoire, peut être considéré comme un moyen de favoriser la continuité d'approche. Cette dernière s'intéresse particulièrement à la cohérence qui doit relier les soins dispensés au patient par différents intervenants (Haggerty *et al.*, 2003).

Finalement, la dernière caractéristique fait référence à la présence d'une ressource dans l'équipe qui reste impliquée auprès du patient à travers le continuum de soins. Cette caractéristique tend à favoriser la continuité tant informationnelle que d'approche, mais également d'un troisième type, la continuité relationnelle. Celle-ci fait référence à la présence d'une relation thérapeutique stable entre le patient et le soignant (Haggerty *et al.*, 2003).

Dans cette étude, en somme, l'étendue de l'offre de services comporte, d'une part, des aspects de spécialisation en regard de la façon particulière de prendre en charge les patients traités pour un premier épisode et, d'autre part, des aspects de continuité en raison de la présence de caractéristiques qui soutiennent la coordination des services au-delà du séjour du patient à l'unité de soins. Le Tableau 12 illustre l'importance de ces deux aspects pour chacun des modèles.

Tableau 12 : Importance des aspects de spécialisation et de continuité compris dans l'axe d'étendue d'offre de services pour chacun des modèles

MODÈLES :	Coordonné et varié	Coordonné et limité	Peu coordonné et varié	Peu coordonné et limité
Spécialisation	++	-	+	-
Continuité	++	+	+	-

Comme l'indique le Tableau 12, le modèle coordonné et varié est celui qui, au plan de l'étendue de son offre de services, combine des aspects de spécialisation et de continuité dans une proportion supérieure aux trois autres modèles. En outre, les caractéristiques présentes dans ce modèle semblent favoriser tant la continuité informationnelle et la continuité d'approche que la continuité relationnelle. À l'opposé, le modèle peu coordonné et limité est celui qui présente le moins de ces aspects de spécialisation et de continuité. Quant aux deux autres modèles, ils se situent dans une position intermédiaire par rapport aux précédents.

5.1.2.3 Synthèse

Dans les deux sections précédentes, les deux grands attributs des modèles, la coordination et l'étendue de l'offre de services, ont été examinés en détails. Selon la façon dont ils ont été opérationnalisés dans l'étude, il a été possible de les préciser davantage et d'approfondir la compréhension des quatre modèles issus de l'étude. Ainsi, chacun des modèles a pu être situé, d'une part, selon l'importance qu'il accorde à un type particulier de coordination, soit la coordination de type collectif. Les données actuelles à ce sujet suggèrent que ce

type de coordination serait particulièrement approprié pour la prise en charge de personnes comme celles qui sont hospitalisées en raison d'un premier épisode psychotique. D'autre part, les modèles ont été positionnés selon l'importance des aspects de spécialisation et de continuité qui découlent de l'analyse de leur offre de services.

La Figure 5 propose une synthèse des éléments précédemment discutés. Il s'agit d'une représentation graphique qui illustre la position relative des modèles selon la place qu'y occupe la coordination de type collectif, de même que les aspects de continuité et de spécialisation de leur offre de services. Chacun de ces trois concepts correspond à un axe sur la Figure 5. Celle-ci combine, en somme, la Figure 4 et le Tableau 12 en une seule figure.

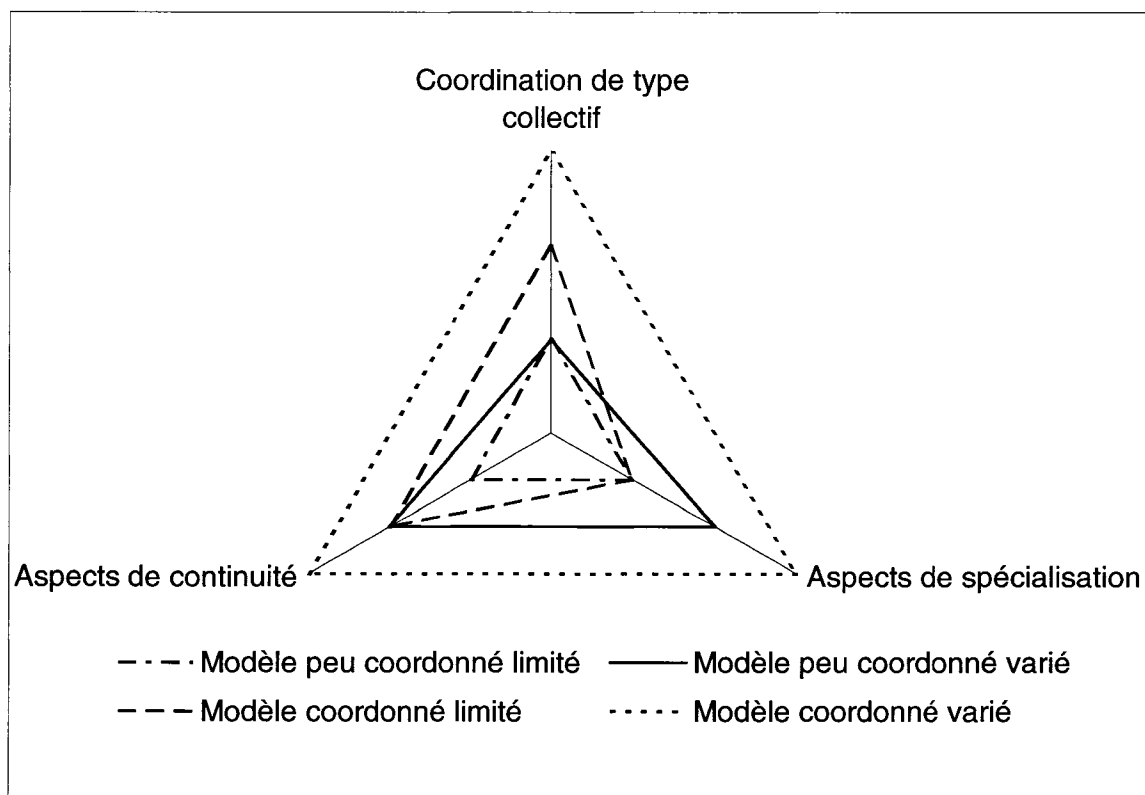


Figure 5 : Position relative des modèles selon l'importance de la coordination de type collectif, les aspects de continuité et de spécialisation

Sur cette figure, le modèle coordonné varié est celui dont la position apparaît la plus avantageuse en regard des trois aspects considérés. En effet, il s'agit du modèle dont la position sur chaque axe est la plus éloignée du centre. À l'opposé, le modèle peu coordonné limité est celui où ces aspects apparaissent les moins présents. Quant aux deux autres modèles, ils occupent une position intermédiaire par rapport aux précédents.

5.1.3 Liens entre les caractéristiques distinctives des modèles et les écrits sur l'adhésion aux stratégies d'intervention

Dans la section précédente, les modèles d'organisation ont été examinés à partir des principaux attributs des modèles, soit la coordination et l'étendue de

l'offre de services. Dans la présente section, les modèles sont examinés sur la base des caractéristiques de la structure organisationnelle, des ressources et des pratiques qui les distinguent, soit les caractéristiques distinctives des modèles (cf. Tableau 11). Ces caractéristiques sont mises en relation avec les connaissances actuelles concernant les facteurs de l'organisation des services qui influencent l'adhésion des patients.

Cet élément de discussion est important, considérant que la question de l'adhésion au traitement est au cœur de la problématique sur laquelle repose la présente étude. Or, la recension des écrits sur cette question indique que les chercheurs ont eu tendance, jusqu'à maintenant, à examiner l'influence de l'organisation des services variable par variable, sans considérer simultanément l'influence des autres composantes organisationnelles. Par exemple, il n'a pas été possible d'identifier de recherches ayant étudié le niveau d'adhésion des patients à leur traitement d'après la façon dont s'organisaient globalement les services, du moins pour les personnes souffrant de troubles mentaux. Pour cette raison, l'analyse de la concordance entre les écrits et les résultats de la présente étude ne peut être faite au niveau des modèles et doit se limiter au niveau des composantes des modèles, désignées ici comme les caractéristiques distinctives.

Ainsi, la Figure 6 illustre dans quelle mesure il est possible de superposer deux ensembles de variables, soit les caractéristiques distinctives des modèles et les caractéristiques organisationnelles étudiées en relation avec l'adhésion.

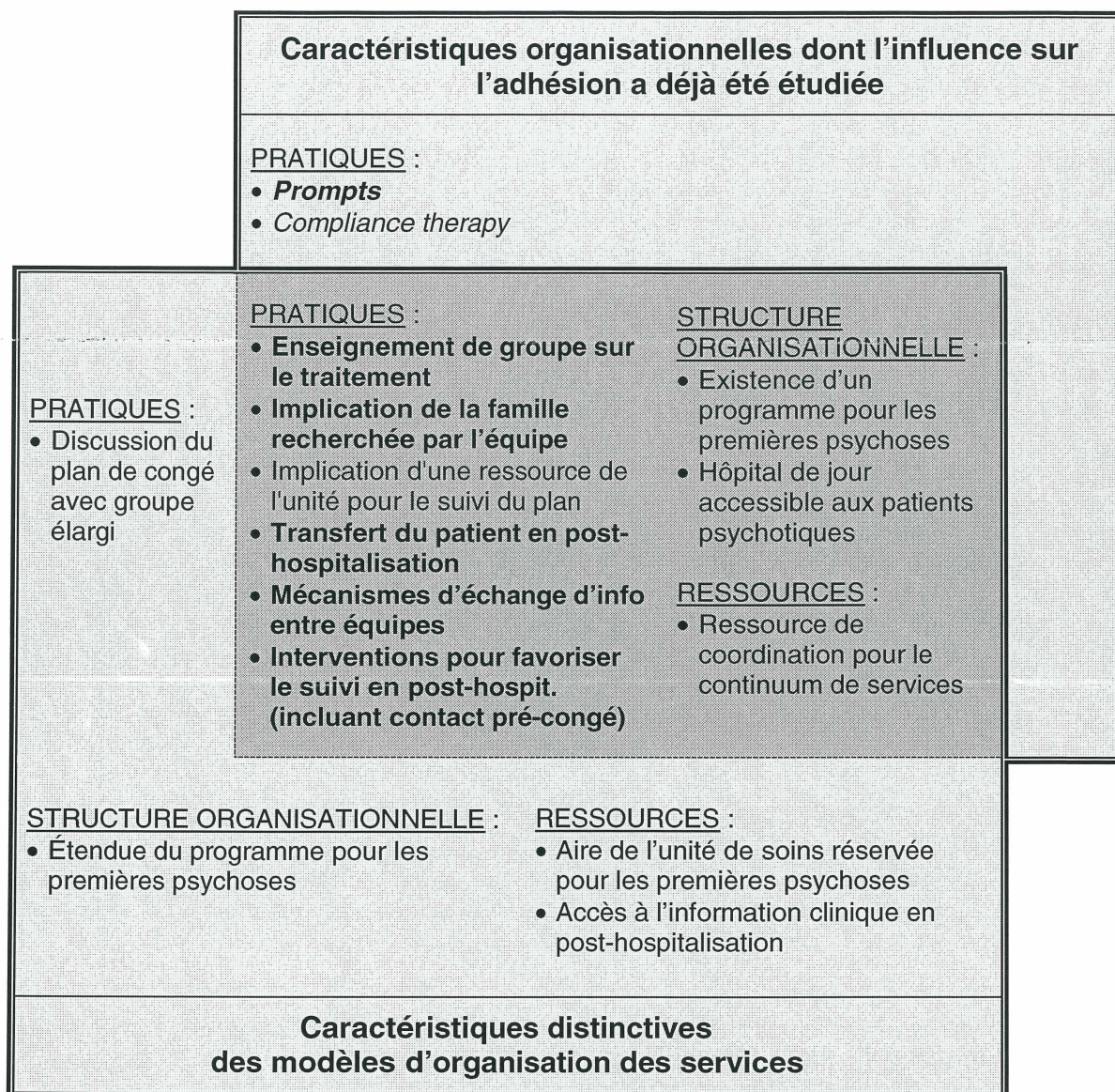


Figure 6 : Synthèse des caractéristiques distinctives des modèles et des caractéristiques organisationnelles étudiées en lien avec l'adhésion

Légende :

Le caractère gras signifie qu'une association a été démontrée entre la caractéristique et l'adhésion dans deux études ou plus.

Sur cette figure, la zone la plus ombragée située à l'intersection des deux ensembles représente l'espace de concordance entre eux. Les caractères gras utilisés pour certaines caractéristiques permettent de reconnaître celles qui ont

été trouvées associées à l'adhésion dans au moins deux des études répertoriées.

Trois constats principaux se dégagent de la Figure 6. Le premier constat est à l'effet qu'il y a présence d'une relative concordance au niveau des pratiques entre les caractéristiques distinctives des modèles et les caractéristiques étudiées en relation avec l'adhésion. Concrètement, cela signifie que l'une ou l'autre de ces caractéristiques connues pour être associées à l'adhésion sont présentes dans certains modèles et absentes d'autres modèles. Leur présence dans l'un ou l'autre des modèles est cohérente avec une observation précédente à l'effet que les hôpitaux étudiés suivent globalement les grandes tendances préconisées actuellement en santé mentale (cf. section 5.1.1). De plus, ces caractéristiques ont en commun d'avoir vu leur influence sur l'adhésion être étudiée depuis plusieurs années, ce qui a pu favoriser leur implantation en clinique. À titre d'exemple, la presque totalité des caractéristiques présentes dans la zone d'intersection ont été identifiées par Chen (1991) comme étant susceptibles d'influencer positivement l'adhésion des patients à leur suivi psychiatrique dans une recension des écrits datant de plus de 15 ans.

Un second constat qui émerge de la Figure 6 concerne spécifiquement les caractéristiques distinctives des modèles liées aux ressources et à la structure organisationnelle. Ainsi, soit ces caractéristiques n'ont pas encore été étudiées en relation avec l'adhésion des patients, soit elles l'ont été, mais dans ce cas, les

études sur le sujet ont été peu nombreuses et les résultats, souvent contradictoires.

La discussion à cet égard s'articule autour de deux idées étroitement reliées. La première tient à la façon de concevoir l'adhésion au traitement des patients. Comme il a été exposé au premier chapitre, la conception contemporaine de l'adhésion est qu'il s'agit d'un phénomène fondamentalement multifactoriel (WHO, 2003). Dans cette perspective, les caractéristiques du patient représentent un groupe de facteurs parmi d'autres pour expliquer le comportement d'adhésion. Parmi ces autres groupes de facteurs, se trouvent les facteurs reliés à l'organisation des services. Or, cette conception multifactorielle de l'adhésion est relativement récente. Elle tend à se substituer à la conception traditionnelle voulant que l'adhésion soit d'abord l'affaire du patient (WHO, 2003). Cette conception traditionnelle nommée à juste titre « observance » (*compliance*), a prévalu dans le domaine médical jusqu'à tout récemment (Myers & Midence, 1998). Il est probable qu'elle persiste encore, en dépit du changement de vocabulaire des dernières années.

L'autre élément d'explication découle de cette idée que l'adhésion est un concept encore très relié au domaine médical et à la recherche clinique. Jusqu'à tout récemment, en effet, la tendance dans ce secteur était d'accorder de la crédibilité aux résultats de recherches effectuées au niveau des patients (Tansalla & Thornicroft, 1998). Le plus souvent, il s'agissait de recherches portant sur l'efficacité potentielle des traitements (« efficacy »), c'est-à-dire aux résultats produits dans des conditions expérimentales optimales. Selon cette

perspective, l'essai clinique randomisé représente le dispositif de recherche de choix. Or, ce type de dispositif est peu approprié pour évaluer l'efficacité réelle des traitements (« effectiveness »), c'est-à-dire les résultats obtenus par une intervention réalisée auprès d'un groupe non sélectionné de la population, dans un contexte de soins de routine (Tansalla & Thornicroft, 1998). Selon le modèle matriciel développé par Tansalla et Thornicroft (1998), l'efficacité réelle des interventions doit plutôt être évaluée au niveau où les services sont réellement dispensés à la population, soit au niveau local. Il s'agirait du niveau le plus approprié d'ailleurs pour étudier les modes d'organisation des services, notamment au plan des ressources et de la structure. Comme la recherche clinique a une tradition axée sur l'efficacité potentielle des traitements, cela pourrait expliquer que l'influence exercée sur l'adhésion des patients par les composantes organisationnelles autres que les pratiques cliniques reste peu documentée.

Enfin, un troisième et dernier constat peut être formulé à partir de la Figure 6. Ce constat est à l'effet qu'il existe certaines caractéristiques organisationnelles, plus particulièrement des pratiques, qui ont déjà été étudiées en relation avec l'adhésion mais qui sont absentes des caractéristiques distinctives des modèles. Il s'agit des *prompts* et de la *compliance therapy*. Or, leur absence des modèles peut surprendre. En effet, la première pratique fait consensus quant à son impact favorable sur l'adhésion (Nose *et al.*, 2003; Reda & Makhoul, 2001). Au terme de leur synthèse des connaissances sur la question, Reda et Makhoul (2001) ont d'ailleurs conclu qu'il pourrait s'agir de la

méthode présentant le meilleur rapport coût-efficacité afin d'améliorer l'adhésion des patients. En revanche, les résultats concernant l'impact de la seconde pratique sur l'adhésion des patients demeurent contradictoires (Ilott, 2005). Cependant, l'intérêt dont elle est l'objet actuellement est bien réel.

Certaines hypothèses peuvent être soulevées afin d'expliquer leur absence du contexte hospitalier montréalais. Concernant les *prompts*, qui sont des rappels faits aux patients dans les jours qui précèdent le rendez-vous de suivi, les informations recueillies lors des entrevues permettent d'expliquer en partie leur absence. Elles suggèrent que les professionnels qui travaillent à l'unité de soins, notamment le personnel infirmier, tendent à percevoir leur rôle auprès du patient comme se limitant de façon stricte à la période d'hospitalisation. Il est donc cohérent que cette intervention ne soit pas réalisée par les professionnels de l'unité de soins, puisqu'elle se déroule, par définition, après le congé du patient. Quant à savoir ce qui explique que cette intervention ne soit pas réalisée par les professionnels des services externes, cette question n'a pu être abordée, ce qui est attribuable au choix d'informateurs clés provenant de l'urgence et de l'unité de soins.

En ce qui concerne la *compliance therapy*, certains facteurs peuvent expliquer son absence du contexte hospitalier montréalais. Tout d'abord, il s'agit d'une approche qui a connu un développement relativement récent, du moins dans son application avec les personnes psychotiques en phase subaigüe (Kemp *et al.*, 1996). Or, la présence d'un délai important dans l'utilisation en clinique des connaissances issues de la recherche est bien documentée

actuellement (Berta, Teare, Gilbert *et al.*, 2005; Lemieux-Charles & Champagne, 2004; Grol & Grimsha, 2003). De plus, comme la *compliance therapy* a été développée et testée aux États-Unis, cette intervention requiert une adaptation transculturelle au contexte québécois avant de pouvoir être utilisée concrètement, ce qui constitue un facteur additionnel pour expliquer son absence du contexte étudié.

En somme, l'analyse de la concordance entre les caractéristiques distinctives des modèles et les connaissances actuelles sur les déterminants organisationnels de l'adhésion permet de faire certains constats. Tout d'abord, il découle de cette analyse que plusieurs caractéristiques relatives aux pratiques et connues pour influencer favorablement l'adhésion au traitement des patients avec un trouble grave de santé mentale se retrouvent dans les modèles d'organisation observés dans les hôpitaux montréalais. Ce constat ne peut cependant être étendu aux caractéristiques relatives à la structure organisationnelle et aux ressources qui sont présentes dans les modèles. En effet, l'influence exercée sur l'adhésion des patients par ces caractéristiques reste encore peu explorée. Enfin, il existe un petit groupe de caractéristiques, soit deux pratiques qui, bien qu'ayant été étudiées en relation avec l'adhésion, sont pour leur part absentes des caractéristiques distinctives des modèles.

5.2 FORCES ET LIMITES DE LA RECHERCHE

Cette section regroupe les principales forces et limites associées à la présente étude. Tout d'abord, cette étude a permis d'obtenir une description fine

de certaines composantes organisationnelles présentes dans les hôpitaux de l'île de Montréal en 2005, pour la prise en charge d'un sous-groupe de la population. Ce sous-groupe est composé des personnes qui reçoivent une consultation psychiatrique à l'urgence en raison d'un premier épisode psychotique.

Cette description se démarque de plusieurs façons de ce qui a été fait auparavant. Ainsi, peu d'autres recherches ont tenté de décrire en détails les composantes organisationnelles des unités de soins des hôpitaux dans le domaine psychiatrique. De plus, celles qui l'ont fait se sont focalisées sur une portion des composantes organisationnelles, généralement au niveau de la structure et des processus (Olfson, Boyer, Hansell *et al.*, 1997). Dans les écrits concernant le traitement des premiers épisodes psychotiques, certaines descriptions de l'organisation des services ciblant plus d'une dimension de l'organisation peuvent être répertoriées (Malla, Norman, McLean *et al.*, 2003; Edwards, McGorry & Pennell, 2000). Cependant, ces descriptions mettent principalement l'emphasis sur les composantes de l'organisation des services qui sont offerts sur un mode ambulatoire et peu sur les composantes organisationnelles au niveau de l'unité de soins. Lorsque ces derniers aspects sont abordés, la perspective des services externes est généralement retenue, ce qui suppose que le patient est déjà connu de ces services. Considérant que dans le contexte canadien, l'unité d'urgence des hôpitaux constituerait encore aujourd'hui la principale porte d'accès utilisée par une majorité de patients afin d'obtenir un traitement approprié pour un premier épisode psychotique, les

résultats de la présente étude permettent de combler une lacune importante (Norman *et al.*, 2004; Addington *et al.*, 2002).

Une seconde force réside dans la sélection de la population à l'étude. En effet, tous les hôpitaux situés sur l'île de Montréal ont été inclus, quelle que soit l'ampleur des services développés en réponse aux besoins spécifiques des personnes qui consultent à l'urgence pour un premier épisode psychotique. Ce choix méthodologique a par conséquent permis d'établir un portrait complet, pour ce territoire géographique, de l'organisation des services hospitaliers pour la prise en charge de cette clientèle particulière. Cette précision est importante, étant donné que les écrits scientifiques des dernières années ont eu tendance à se focaliser sur l'organisation des services des hôpitaux dotés de programmes spécialisés (Marshall *et al.*, 2004; Edwards *et al.*, 2000). Or, ces programmes spécialisés ne représentent pas le seul mode d'accès aux services psychiatriques pour les personnes qui consultent pour un premier épisode psychotique dans le contexte québécois. L'inclusion de tous les hôpitaux représente, en ce sens, une contribution importante de cette étude.

Une autre force de l'étude a trait au cadre conceptuel retenu. À cet égard, il est important de souligner que la recension des écrits n'avait pas permis d'identifier une approche théorique et méthodologique précise afin d'étudier les modes organisationnels considérés. Néanmoins, la décision d'opter pour le modèle de Contandriopoulos *et al.* (2001) a semblé appropriée à l'objet d'étude en raison de sa vision systémique et de la relative exhaustivité de ses composantes. Ce cadre a servi à développer le guide d'entrevue, à organiser

l'analyse de contenu du matériel d'entrevue et à définir les caractéristiques distinctives des modèles. Il en a résulté une cohérence certaine qui accroît la crédibilité de l'étude.

Le recours à une approche configurationnelle pour l'analyse des données représente une autre force. Cette approche a tout d'abord permis de rendre compte de la cohérence qui existe entre les différentes composantes de l'organisation. Puis, elle a permis la production d'un portrait riche et signifiant des modes d'organisation considérés. Les modèles identifiés sur le territoire de l'île de Montréal pourront par conséquent être utilisés dans le cadre d'autres études afin de vérifier l'influence de l'organisation des services sur des mesures de résultats telle que l'adhésion des patients aux stratégies d'intervention.

Enfin, le recours à un comité d'experts à des fins de validation des résultats constitue une autre force de l'étude. Dans le présent contexte, cette démarche a été intégrée au processus d'analyse des données et a constitué, en ce sens, une forme additionnelle de triangulation au niveau des analystes (Patton, 2002). La complémentarité des expertises des membres du comité et le caractère désintéressé de leur participation ont représenté des atouts supplémentaires afin d'obtenir du groupe un jugement éclairé quant à la pertinence des choix d'analyse effectués. En conséquence, la réalisation d'une telle démarche permet d'accroître la confiance dans les conclusions issues de l'étude.

Par ailleurs, cette étude présente différentes limites qui méritent d'être considérées dans l'interprétation des résultats. Le petit nombre d'établissements

inclus dans l'étude représente, à certains égards, une de ces limites. Tout d'abord, la présence de seulement 12 unités d'analyse s'est avérée insuffisante pour pouvoir effectuer des analyses statistiques exploratoires au moment de scruter les patrons de regroupement des hôpitaux. Par exemple, Lamarche *et al.* (2003) ont utilisé le logiciel informatique SPAD à des fins similaires mais avec un échantillon plus de deux fois plus important que dans la présente étude. Ce logiciel fournit certaines indications au plan statistique pour identifier les regroupements de variables (les « axes ») qui permettent le mieux de différencier les cas étudiés. Aussi, ce logiciel est en mesure de calculer des scores qui renseignent sur les regroupements les plus appropriés des hôpitaux en modèles d'organisation. Dans la présente étude, ces différentes étapes ont été réalisées sans ce soutien informatique. Bien que chacun des choix d'analyse ait été revu en équipe, puis que l'ensemble ait été validé par un groupe d'experts, le recours à un tel outil aurait constitué une garantie supplémentaire et permis d'accroître la confiance dans les conclusions de l'étude.

Une seconde limite de l'étude se rapporte au fait qu'il a subsisté de la variabilité entre les établissements d'un même modèle lors de l'élaboration de la taxonomie. En raison de cette variabilité intra modèle, il n'a pas été possible de préciser sans équivoque certaines caractéristiques du modèle peu coordonné varié ainsi que du modèle peu coordonné limité. Il est possible que la présence d'un plus grand nombre d'unités d'analyse dans chacun des groupes eût permis un découpage plus fin de ces caractéristiques.

Une autre limite de l'étude est liée cette fois au choix des informateurs clés. Dans l'étude, deux informateurs ont été recrutés dans chacun des hôpitaux participants, soit un informateur provenant de l'unité d'urgence et un informateur provenant de l'unité de soins. Ce choix soulève deux considérations importantes. Tout d'abord, bien que les informateurs recrutés aient été tout à fait en mesure de répondre aux questions prévues au guide d'entrevue, il se peut que la présence d'une deuxième source d'information pour chaque unité ait pu enrichir les données recueillies en apportant, par exemple, une perspective complémentaire. Aussi, bien que les questions posées étaient dans l'ensemble neutres et factuelles, minimisant ainsi le risque de distorsion de la part des informateurs, la possibilité que certaines réponses aient été inexactes ne peut être exclue (Patton, 2002). La présence d'une seconde source d'information pour chacune des unités aurait représenté, dans ce cas, une garantie additionnelle.

La deuxième considération concerne la décision de se limiter à des informateurs provenant de l'unité d'urgence et de l'unité de soins et de ne pas retenir, par exemple, d'informateurs provenant des services externes. Cette décision est cohérente avec l'objectif principal de l'étude qui cible les modes d'organisation des services après une consultation psychiatrique à l'unité d'urgence. En effet, ce n'est qu'*a posteriori* que l'importance du lien entre l'unité de soins et les services externes a été révélée et s'est imposée. Ceci a découlé du constat à l'effet qu'une majorité des patients était hospitalisée après avoir obtenu une consultation psychiatrique à l'urgence et donc, que le transfert de

leur prise en charge vers les services externes s'effectuait généralement à partir de l'unité de soins. Dans ce contexte, l'absence d'un informateur provenant des services externes a pu avoir pour conséquence de diminuer l'exhaustivité des modèles puisque les liens entre l'unité de soins et les services externes se sont avérés des aspects importants pour caractériser les modes d'organisation considérés. Néanmoins, l'absence d'un tel informateur ne limite pas la solidité des conclusions de l'étude puisque les modèles ont été construits à partir de ce qui caractérise l'organisation des services avant le congé d'hospitalisation des patients.

Une autre limite de cette étude concerne la possibilité de généraliser les résultats obtenus à d'autres contextes. Ainsi, les connaissances actuelles en théorie des organisations montrent que les organisations sont façonnées par l'environnement dans lequel elles sont implantées (Scott, 2002; Alter & Hage, 1993). En conséquence, il est vraisemblable que les modèles issus de la présente étude sont eux aussi intimement liés au contexte particulier dans lequel ils sont implantés. Ce contexte se caractérise par son caractère urbain ainsi que par la richesse et la proximité des services spécialisés. Or, il se peut que dans un contexte différent, en milieu rural ou semi-urbain par exemple, des modèles différents aient pu émerger, ce qui représente une limite à la validité externe de l'étude. Ce n'est qu'après avoir reproduit ces résultats dans un autre contexte que le potentiel de généralisation des quatre modèles émergents de l'étude pourra être précisé.

La dernière limite de cette étude se rapporte à l'absence, dans les modèles d'organisation, d'éléments relatifs à la dimension de la vision. Il s'agit d'ailleurs de la seule dimension du cadre conceptuel de l'étude qui n'y soit pas représentée. Contrairement aux caractéristiques des ressources, de la structure organisationnelle et des pratiques, les caractéristiques d'une dimension telle que la vision sont d'une nature autre que factuelle. En effet, il s'agit de caractéristiques qui ciblent des éléments de nature symbolique tels que des représentations, des valeurs, des croyances et des finalités (Contandriopoulos *et al.*, 2001). Deux éléments concernant la vision ont été documentés auprès des informateurs. Il s'agit du modèle d'intervention préconisé relativement à la prise en charge des patients qui présentent une première psychose ainsi que la valeur accordée à l'implication de leurs proches. Or, l'analyse des réponses obtenues à ces questions n'a pas permis de relever de différences formelles entre les différents hôpitaux. C'est ce qui explique que les caractéristiques relatives à la vision n'ont pu être utilisées pour construire les modèles d'organisation et qu'elles en sont par conséquent absentes. Il est possible que cette absence de variation au plan de la vision soit attribuable à la façon de collecter les données. En effet, les questions qui ciblent spécifiquement les valeurs et les représentations des personnes se doivent d'être formulées différemment de celles qui ciblent des faits, ce qui a pu être une lacune dans le guide d'entrevue. Aussi, il est possible que la nature sensible de ces questions ait été minimisée et que, dans ce contexte, la décision de les poser dans la première partie de

l'entrevue ait contribué à l'obtention de réponses évasives et moins ancrées (Patton, 2002).

En conséquence, la classification des modes d'organisation a dû reposer sur un plus petit nombre de dimensions que celui prévu au départ. Ceci comporte le risque que ne soit pas correctement traduite la complexité inhérente à l'organisation (Meyer *et al.*, 1993). Néanmoins, ce risque est atténué par le fait que les deux éléments documentés au plan de la vision ont pu être capturés à travers d'autres dimensions. Par exemple, la valeur accordée à l'implication des proches a été opérationnalisée en termes de pratiques et a constitué une caractéristique distinctive des modèles. En ce qui concerne la question du modèle d'intervention préconisé, il a été pareillement capturé à travers des caractéristiques reliées aux ressources et à la structure.

5.3 IMPLICATIONS THÉORIQUES ET PRATIQUES

Différentes pistes de réflexion émergeant des résultats de la présente recherche sont proposées dans cette section. Ces pistes de réflexion sont présentées sous la forme d'implications au plan théorique et au plan pratique.

Au plan théorique, tout d'abord, cette étude a permis de produire une première taxonomie des modèles d'organisation des services pour la prise en charge des personnes qui consultent à l'urgence en raison d'un premier épisode psychotique. Selon les écrits répertoriés, cette configuration de modèles serait la seule à avoir été développée, à ce jour, en ce qui concerne ce type de services.

Il s'agit, en ce sens, d'une contribution significative qui vient enrichir l'état des connaissances actuelles.

Par ailleurs, il importe de souligner que les modèles issus de l'étude sont fondés sur des données empiriques. Cette considération est importante d'un point de vue théorique. En effet, la découverte d'un nombre restreint de formes organisationnelles, quatre en l'occurrence, représente un appui indirect à l'approche configurationnelle qui postule que, bien que plusieurs combinaisons d'attributs organisationnels soient possibles en théorie, seulement une fraction de ces possibilités existe en pratique (Meyer *et al.*, 1993). Aussi, la construction des modèles a permis de constater la relation de non-linéarité entre les différents attributs organisationnels de même que leur cohésion, ce qui est également conforme à l'approche configurationnelle (Miller, 1996; Meyer *et al.*, 1993).

Au plan pratique, les résultats de cette recherche permettent de franchir une première étape pour être éventuellement en mesure d'étudier l'influence des facteurs organisationnels sur différentes mesures de résultat, notamment l'adhésion au traitement des patients traités pour un premier épisode psychotique. L'obtention d'une taxonomie de modèles d'organisation représente, à cet égard, un atout significatif. De façon générale, elle permettra de situer les recherches ultérieures dans le courant actuel en organisation de services. En effet, ce sont les configurations de caractéristiques organisationnelles que les chercheurs tendent désormais à associer aux effets observés (Pineault, 2006; Fournier & Poirier, 2006; Lamarche *et al.*, 2003). Aussi, cette taxonomie constituera une base pour tenter de prédire, de comprendre et d'expliquer les

effets observés. Enfin, le regroupement des hôpitaux en modèles d'organisation représentera un avantage concret à la réalisation d'autres recherches puisque, pour un modèle donné, le recrutement des sujets pourra s'effectuer dans plus d'un hôpital. Ainsi, au-delà de la simple faisabilité, il pourra en résulter une amélioration de la puissance statistique de ces études.

Par ailleurs, cette étude procure des informations qui seront utiles à différents groupes d'acteurs en raison du portrait exhaustif de l'organisation des services qui est dressé pour le territoire montréalais. Ainsi, ces informations pourront permettre aux cliniciens et aux gestionnaires des différents hôpitaux de positionner les services qu'ils offrent selon l'un des quatre modèles de la taxonomie. La perspective configurationnelle adoptée dans l'étude pourra également leur être profitable, une fois connu l'impact de ces modèles. Advenant que l'un d'eux soit associé à des effets plus favorables que les autres, son implantation pourra être facilitée du fait qu'il constitue un portrait cohérent et global de l'organisation des services. En effet, les connaissances actuelles sur le changement organisationnel suggèrent que des changements simultanés doivent s'opérer en regard des différentes dimensions de l'organisation pour que celle-ci se transforme véritablement (Contandriopoulos, 2002).

CONCLUSION

Cette étude a cherché à établir une taxonomie des modes d'organisation des hôpitaux montréalais dans la prise en charge des patients recevant une consultation psychiatrique à l'urgence en raison d'un premier épisode psychotique. Elle se voulait une réponse au besoin de disposer d'un portrait exhaustif de ces modes d'organisation afin d'être en mesure d'en examiner ultérieurement l'influence sur une mesure de résultat aussi déterminante que l'adhésion au traitement des patients.

Cette étude a eu recours à une stratégie de recherche qualitative et descriptive qui a impliqué tous les hôpitaux de l'île de Montréal disposant d'un département de psychiatrie et d'une urgence. Par delà les différences documentées dans ces hôpitaux et à partir desquels les modèles ont été discernés, les résultats indiquent que chacun d'eux s'inscrit dans les tendances préconisées actuellement pour la prise en charge des clientèles vulnérables. Aussi, quatre modèles d'organisation des services ont pu être distingués : deux modèles coordonnés et deux modèles peu coordonnés. Chacun d'eux a également été qualifié de « varié » ou de « limité » selon l'étendue de son offre de services.

L'analyse des résultats a tout d'abord permis de préciser ces grands attributs. En regard de la coordination, les modèles ont été redéfinis selon l'importance accordée à un type particulier de coordination, la coordination collective. En ce qui concerne l'étendue de l'offre de services, les modèles ont

été redéfinis en fonction d'éléments favorisant la spécialisation et d'éléments favorisant la continuité. Il en résulte quatre modèles d'organisation qui, en plus d'être empiriquement fondés, se distinguent sur la base de concepts connus pour leur pertinence en ce qui concerne la prise en charge des personnes qui présentent un premier épisode psychotique. Il s'agit de l'une des contributions les plus importantes de cette recherche.

Par ailleurs, cette étude a également permis d'examiner la concordance entre les caractéristiques distinctives des modèles et les connaissances actuelles sur les facteurs de l'organisation des services qui influencent l'adhésion des patients. Les constats découlant de cette analyse invitent à reconsidérer la façon d'étudier l'adhésion au traitement des patients afin de l'harmoniser avec la conception multifactorielle actuelle qui prévaut (WHO, 2003). Le choix de procéder à partir d'une taxonomie comme celle produite dans cette étude représente, en ce sens, une approche pertinente. En effet, cette approche permet de circonscrire la configuration particulière de caractéristiques reliées à la vision, à la structure, aux ressources et aux pratiques adoptées par les acteurs, et à partir desquelles les services s'organisent.

En somme, les résultats de cette recherche offrent plusieurs pistes de réflexion. Au plan théorique, ils constituent un appui à l'utilisation d'une approche configurationnelle. Au plan pratique, ils représentent une première étape pour étudier l'influence des facteurs organisationnels sur l'adhésion aux stratégies d'intervention des patients aux prises avec un premier épisode psychotique. Enfin, ils s'inscrivent dans le courant actuel des recherches qui

visent à évaluer l'efficacité réelle des interventions. Dans cette perspective, toutes les dimensions de l'organisation des services s'avèrent importantes à considérer, et c'est cette perspective qui a été retenue dans la présente étude.

Pour terminer, l'organisation des services hospitaliers pour les personnes aux prises avec un premier épisode psychotique est un domaine de recherche qui demeure très peu exploré actuellement. En dépit du peu d'intérêt dont ils sont l'objet, ces services continuent néanmoins d'être utilisés et d'exercer fort probablement une influence sur le comportement d'adhésion des patients et, conséquemment, sur leur utilisation ultérieure des services de santé. Compte tenu des effets potentiellement délétères de la psychose, la qualité de ces services revêt une très grande importance. En ce sens, l'amélioration des connaissances concernant l'effet de ces modes organisationnels sur l'adhésion des patients et sur leur état de santé apparaît une priorité de recherche à retenir pour les prochaines années.

REMERCIEMENTS

Mon expérience pratique comme ergothérapeute auprès de personnes dont la santé mentale est compromise a constitué le point de départ de cette recherche. Je tiens à les remercier puisqu'elles m'ont permis, en les côtoyant, de mieux comprendre ce que représentent le fait d'être atteint d'une maladie mentale et le défi que pose au quotidien la difficile question de l'adhésion au traitement.

À toutes les étapes de la réalisation de mon projet d'étude, j'ai pu compter sur une équipe de chercheurs chevronnés, également fins pédagogues. Chacun à sa façon a été une source d'inspiration et je les en remercie profondément, tant mes directrices de recherche, Marie-José Durand et Danièle Roberge, que Léo-Roch Poirier qui a collaboré étroitement à toutes les étapes du projet. Le passage d'une position d'acteur dans le système de soins à une position d'apprentie chercheuse représente un défi de taille. En ce sens, leur compréhension et leur confiance m'ont aidée à faire les ajustements nécessaires.

Je remercie également le Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences (GIRU) d'avoir permis la réalisation de ce projet grâce à son appui financier. L'accueil chaleureux réservé aux étudiants boursiers par les membres de ce groupe m'a permis de m'y sentir à l'aise et de profiter pleinement des occasions d'apprentissage qui m'ont été offertes.

Je souhaite remercier les infirmières, les psychiatres et les autres professionnels qui ont généreusement accepté de consacrer un peu de leur temps à cette recherche et sans qui elle n'aurait jamais pu être réalisée. Je remercie également les quatre membres du comité d'experts qui, par leurs judicieux conseils, ont permis de préciser et de valider certains choix effectués au plan de l'analyse des données. Ce comité était composé des personnes suivantes : Dr Yves Chaput, Dr Suzanne Lamarre, Dr Lise Lamothe et Dr Raynald Pineault.

Un remerciement tout spécial va à Emmanuelle Raynal pour sa lecture attentive des différentes ébauches de ce travail. Par ses commentaires et ses suggestions, elle m'a aidée à énoncer clairement mes idées et à trouver les mots justes pour les exprimer.

Je remercie l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour le soutien humain et matériel accordé tout au long de la réalisation de mon projet de recherche et pour la possibilité qu'il m'a offerte de m'intégrer à une équipe dynamique au sein de la Direction des systèmes de soins et de services.

Finalement, je remercie mes proches, particulièrement Laurent et Michel, qui ont continué à manifester de l'intérêt envers mon travail pendant ces deux dernières années, malgré les contraintes posées à la vie familiale. Leur confiance en moi m'a soutenue dans les périodes de doute.

RÉFÉRENCES

- Addington, D., McKenzie, E., Addington, J., Patten, S., Smith, H., & Adair, C. (2005). Performance measures for early psychosis treatment services. *Psychiatric Services*, 56(12), 1570-1582.
- Addington, J., Van Mastrigt, S., & Addington, D. (2004). Duration of untreated psychosis: Impact on 2-year outcome. *Psychological Medicine*, 34(2), 277-284.
- Addington, J., Van Mastrigt, S., Hutchinson, J., & Addington, D. (2002). Pathways to care: Help seeking behaviour in first episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(5), 358-364.
- Alter, C., & Hage, J. (1993). *Organizations working together*. Newbury Park, California: Sage Publications.
- American Psychiatric Association. (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia*.
- American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4th ed.). Paris: Masson.
- Ascher-Svanum, H., Faries, D. E., Zhu, B., Ernst, F. R., Swartz, M. S., & Swanson, J. W. (2006). Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(3), 453-460.
- Association Québécoise des Programmes pour Premiers Episodes Psychotiques. Téléaccessible le 5 juillet 2006 à l'URL : <http://www.aqppep.com/index.htm>
- Berta, W., Teare, G.F., Gilbert, E., Ginsburg, L.S., Lemieux-Charles, L., Davis, D. & Rappolt, S. The contingencies of organizational learning in long-term care: factors that affect innovation adoption. *Health Care Management Review*. 30(4):282-92.
- Bertolote, J., & McGorry, P. (2005). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: Consensus statement. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 48, s116-9.
- Birchwood, M. (2003). Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 373-375.

- Birchwood, M., McGorry, P., & Jackson, H. (1997). Early intervention in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 170, 2-5.
- Birchwood, M., Todd, P., & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. the critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry - Supplementum*, 172(33), 53-59.
- Blais, A., & Durand, C. (2003). Le sondage. In B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (4e éd.) (pp. 387-430). Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Bogin, D. L., Anish, S. S., Taub, H. A., & Kline, G. E. (1984). The effects of a referral coordinator on compliance with psychiatric discharge plans. *Hospital & Community Psychiatry*, 35(7), 702-706.
- Boyer, C. A., McAlpine, D. D., Pottick, K. J., & Olfson, M. (2000). Identifying risk factors and key strategies in linkage to outpatient psychiatric care. *The American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1592-1598.
- Browne, S., Clarke, M., Gervin, M., Waddington, J. L., Larkin, C., & O'Callaghan, E. (2000). Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 173-176.
- Bull, M. J., & Roberts, J. (2001). Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 571-581.
- Burton, S. C. (2005). Strategies for improving adherence to second-generation antipsychotics in patients with schizophrenia by increasing ease of use. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(6), 369-378.
- Byerly, M.J., Fisher, R., Carmody, T. & Rush, A.J. (2005). A trial of compliance therapy in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(8), 997-1001.
- Canadian Psychiatric Association. (2005). Clinical practice guidelines: Treatment of schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(13 suppl. 1), 1S-56S.
- Chen, A. (1991). Noncompliance in community psychiatry : a review of clinical interventions. *Hospital and Community Psychiatry*, 42(3), 282-287.
- Coldham, E. L., Addington, J., & Addington, D. (2002). Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(4), 286-290.
- Contandriopoulos, A.P. (2002). Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable? *Gestion*, 27(3), 142-150.

- Contandriopoulos, A., Champagne, F., Denis, J., & Avargues, M. -. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé: Concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 48, 517-539.
- Contandriopoulos, A., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J., & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche : La définir, la structurer, la financer*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Contandriopoulos, A., Denis, J., Touati, N., & Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins: Dimensions et mise en oeuvre. *Ruptures*, 8(2), 38-52.
- Cuffel, B. J., Held, M., & Goldman, W. (2002). Predictive models and the effectiveness of strategies for improving outpatient follow-up under managed care. *Psychiatric Services*, 53(11), 1438-1443.
- Dickerson, F.B., Lehman, A.F. (2006). Evidence-based psychotherapy for schizophrenia. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 194(1), 3-9.
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. Cambridge: Harvard University Press.
- Doucet, H. (2002). *L'éthique de la recherche. Guide pour le chercheur en sciences de la santé*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Drake, R. J., Haley, C. J., Akhtar, S., & Lewis, S. W. (2000). Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 511-515.
- Edwards, J., McGorry, P.D. & Pennell, K. (2000). Models of early intervention in psychosis : an analysis of service approaches. In M. Birchwood, D. Fowler & C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis* (pp. 281-314). Baffins Lane: John Wiley & sons Ltd.
- Fenton, W. S., Blyler, C. R., & Heinssen, R. K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 637-651.
- Fink, E. B., & Heckerman, C. L. (1981). Treatment adherence after brief hospitalization. *Comprehensive Psychiatry*, 22(4), 379-386.
- Fortin, M.-F., Côté, J. & Fillion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière éducation
- Fournier, L. & Poirier, L.-R. (2006, mai). *Transformation of mental health primary care in Québec : A research program*. Communication présentée au Congrès annuel canadien sur les soins partagés en santé mentale dans le cadre du Symposium « The Quebec mental health action plan: a supportive

policy for collaborative care ». Téléaccessible le 1^{er} septembre 2006 à l'URL : <http://www.inspq.qc.ca/dialogue/pdf/LFournier20060512.pdf>

Garety, P. A., Craig, T. K., Dunn, G., Fornells-Ambrojo, M., Colbert, S., & Rahaman, N., et al. (2006). Specialised care for early psychosis: Symptoms, social functioning and patient satisfaction: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 37-45.

Gauthier, B. (2003). *L'évaluation de la recherche par sondage*. In B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (4e éd.) (pp. 561-602). Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.

Goldner, E. M., Hsu, L., Waraich, P., & Somers, J. M. (2002). Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: A systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 47(9), 833-843.

Grol, R. & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362(9391):1225-30.

Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219-1221.

Hamann, J., Pitschel-Walz, G., & Kissling, W. (2004). Medication adherence studies in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 161(3), 582.

Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., & Wanderling, J., et al. (2001). Recovery from psychotic illness: A 15- and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 178, 506-517.

Haynes, R. B., Yao, X., Degani, A., Kripalani, S., Garg, A., & McDonald, H. P. (2005). Interventions to enhance medication adherence. *Cochrane Database of Systematic*, CD000011.

Haywood, T. W., Kravitz, H. M., Grossman, L. S., Cavanaugh, J. L., Jr, Davis, J. M., & Lewis, D. A. (1995). Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 152(6), 856-861.

Hogarty, G. E. (2004). Medication adherence studies in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 161(3), 581-2

Ilott, R. (2005). Does compliance therapy improve use of antipsychotic medication? *British Journal of Community Nursing*, 10(11), 514-519.

- International early psychosis association writing group (2005). International clinical practice guidelines for early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 187 (suppl. 48), s120-s124.
- Johnson, S., Prosser, D., Bindman, J., & Szumukler, G. (1997). Continuity of care for the severely mentally ill: Concepts and measures. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(3), 137-142.
- Joyce, A. S., Wild, T. C., Adair, C. E., McDougall, G. M., Gordon, A., & Costigan, N., et al. (2004). Continuity of care in mental health services: Toward clarifying the construct. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 49(8), 539-550.
- Kampman, O., Kiviniemi, P., Koivisto, E., Vaananen, J., Kilku, N., & Leinonen, E., et al. (2004). Patient characteristics and diagnostic discrepancy in first-episode psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 45(3), 213-218.
- Kampman, O., Laippala, P., Vaananen, J., Koivisto, E., Kiviniemi, P., & Kilku, N., et al. (2002). Indicators of medication compliance in first-episode psychosis. *Psychiatry Research*, 110(1), 39-48.
- Kazdin, A.E. (1982). *Single-case research designs. Methods for clinical and applied settings*. New York : Oxford University Press, inc.
- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., & David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: Randomised controlled trial. *BMJ*, 312(7027), 345-349.
- Kemp, R., Kirov, G., Everitt, B., Hayward, P., & David, A. (1998). Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 172, 413-419.
- Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., Leckband, S. G., & Jeste, D. V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(10), 892-909.
- Lamarche, P. A., Beaulieu, M., Pineault, R., Contandriopoulos, A., Denis, J., & Haggerty, J. (2003). *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*. Téléaccessible le 5 juillet 2006 à l'URL : http://www.chsrf.ca/final_research/commissioned_research/policy_synthesis/pdf/choices_for_change_appendices_f.pdf
- Landry, R. (2000). L'analyse de contenu. In B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (3e éd.) (pp. 329-356). Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.

- Lemieux-Charles, L. & Champagne, F. (2004). *Using knowledge and evidence in health care*. Toronto : University of Toronto press.
- Liberman, R. P., Hilty, D. M., Drake, R. E., & Tsang, H. W. (2001). Requirements for multidisciplinary teamwork in psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Services*, 52(10), 1331-1342.
- Malla, A., & Payne, J. (2005). First-episode psychosis: Psychopathology, quality of life, and functional outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 650-671.
- Malla, A., Norman, R. M., Manchanda, R., Ahmed, M. R., Scholten, D., & Harricharan, R., et al. (2002). One year outcome in first episode psychosis: Influence of DUP and other predictors. *Schizophrenia Research*, 54(3), 231-242.
- Malla, A., Norman, R., McLean, T., Scholten, D. & Townsend, L. (2003). A canadian programme for early intervention in non-affective psychotic disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(4), 407-413.
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A. M., & Tyrer, P. (2001). Day hospital versus out-patient care for psychiatric disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD003240.
- Marshall, M., & Lockwood, A. (2004). Early intervention for psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD004718.
- Marshall, M., Lockwood, A., Lewis, S., & Fiander, M. (2004). Essential elements of an early intervention service for psychosis: The opinions of expert clinicians. *BMC Psychiatry*, 4, 17.
- McGorry, P. D. (2000). The scope for preventive strategies in early psychosis: Logic, evidence and momentum. In M. Birchwood, D. Fowler & C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis* (pp. 3-27). Baffins Lane: John Wiley & sons Ltd.
- McGorry, P., Nordentoft, M., & Simonsen, E. (2005). Introduction to "early psychosis: A bridge to the future". *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 48, s1-3.
- Meyer, A., Tsui, A. S., & Hinnings, C. R. (1993). Configurational approaches to organizational analysis *Academy of Management Journal*, 36(6), 1175-1195.
- Miles, M.B. & Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e éd). Paris : De Boeck Université.
- Miller, D. (1996). Configurations de stratégies et de structures : un pas vers la synthèse. *Gestion*, 21(1), 43-54.

- Miller, R., Caponi, J. M., Sevy, S., & Robinson, D. (2005). The insight-adherence-abstinence triad: An integrated treatment focus for cannabis-using first-episode schizophrenia patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69(3), 220-236.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*.
- Misdrahi, D., Llorca, P. M., Lancon, C., & Bayle, F. J. (2002). L'observance dans la schizophrénie: facteurs predictifs, voies de recherches, implications therapeutiques. *L'Encephale*, 28(3 Pt 1), 266-272.
- Mutsatsa, S. H., Joyce, E. M., Hutton, S. B., Webb, E., Gibbins, H., & Paul, S., et al. (2003). Clinical correlates of early medication adherence: West london first episode schizophrenia study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(6), 439-446.
- Myers, L. B., & Midence, K. (1998). Concepts and issues in adherence. In L. B. Myers, & K. Midence (Eds.), *Adherence to treatment in medical conditions* (pp. 1-24). Amsterdam: Harwood Academic.
- National Institute of Mental Health. (2006). *Research on adherence to interventions for mental health*. Téléaccessible le 5 juillet 2006 à l'URL : <http://grants1.nih.gov/grants/guide/pa-files/PA-06-324.html>
- Nelson, E. A., Maruish, M. E., & Axler, J. L. (2000). Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatric Services*, 51(7), 885-889.
- Nicole, L., Pires, A., Routhier, G., Bélanger, R., Bussière, G., & L'Heureux, S., et al. (1999). Schizophrénie, approche spécialisée et continuité de soins. Le programme spécifique d'intervention premier-épisode de l'Hôtel-Dieu de Lévis. *Santé Mentale Au Québec*, 24(1), 121-135.
- Norman, G. R., & Streiner, D. L. (2003). *PDQ statistics*. Hamilton, Ontario: BC Decker inc.
- Norman, R. M., Lewis, S. W., & Marshall, M. (2005). Duration of untreated psychosis and its relationship to clinical outcome. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 48, s19-23.
- Norman, R. M., & Malla, A. K. (2001). Duration of untreated psychosis: A critical examination of the concept and its importance. *Psychological Medicine*, 31(3), 381-400.
- Norman, R. M., Malla, A. K., Verdi, M. B., Hassall, L. D., & Fazekas, C. (2004). Understanding delay in treatment for first-episode psychosis. *Psychological Medicine*, 34(2), 255-266.

- Norman, R. M., Townsend, L., & Malla, A. K. (2001). Duration of untreated psychosis and cognitive functioning in first-episode patients. *The British Journal of Psychiatry; the Journal of Mental Science*, 179, 340-345.
- Nose, M., Barbui, C., Gray, R., & Tansella, M. (2003). Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry; the Journal of Mental Science*, 183, 197-206.
- Novak-Grubic, V., & Tavcar, R. (2002). Predictors of noncompliance in males with first-episode schizophrenia, schizophreniform and schizoaffective disorder. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 17(3), 148-154.
- Oehl, M., Hummer, M., & Fleischhacker, W. W. (2000). Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (407)(407), 83-86.
- Olfson, M., Boyer, C.A., Hansell, S., Walkup, J., Kellermann, S.L. *et al.* (1997). Toward an integrated approach to the study of inpatient treatment of schizophrenia. *New Directions for Mental Health Services*, 73, 25-38.
- Patton, M. Q. (2002). In Thousand Oaks (Ed.), *Qualitative research & evaluation methods* (3è éd.). California: Sage Publications.
- Pearson, T. A., & Kopin, L. A. (2001). Compliance of providers to guidelines. In L. E. Burke, & I. S. Ockene (Eds.), *Compliance in healthcare and research* (pp. 285-297). Armonk, NY, US: Futura Publishing Co.
- Pekkala, E., & Merinder, L. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD002831.
- Perkins, D. O. (2002). Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 1121-1128.
- Pharoah, F. M., Rathbone, J., Mari, J. J., & Streiner, D. (2003). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD000088.
- Pineault, R., & Daveluy, C. (1995). *La planification de la santé : Concepts, méthodes, stratégies*. Montréal: Éditions Nouvelles.
- Pineault, R. (2006, juin). *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne*. Communication présentée à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil. Téléaccessible le 1^{er} septembre 2006 à l'URL : <http://www.greas.ca/publication/pdf/pineault2006.pdf>

- Reading, B. & Birchwood, M. (2005). Early intervention in psychosis: Rationale and evidence for effectiveness. *Disease Management & Health Outcomes*, 13(1), 53-63.
- Reda, S., & Makhoul, S. (2001). Prompts to encourage appointment attendance for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 002085.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. (2002). *État de situation et pistes de développement des services psychiatriques ambulatoires offerts aux adultes dans les hôpitaux de la région de montréal-centre*. Montréal, Québec.
- Reid, S.C., Teesson, M., Sannibale, C., Matsuda, M. & Haber P.S. (2005). The efficacy of compliance therapy in pharmacotherapy for alcohol dependence: a randomized controlled trial. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(6), 833-41.
- Robertson, L., Smith, M. & Tannenbaum, D. (2005). Case management and adherence to an online disease management system. *Journal of Telemedicine & Telecare*, 11 (Suppl 2), S73-S75.
- Robinson, D., Woerner, M. G., Alvir, J. M., Bilder, R., Goldman, R., & Geisler, S., et al. (1999). Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(3), 241-247.
- Santé Canada. (2002). *Rapport sur les maladies mentales au canada*. Ottawa, Canada.
- Shelton, R.C., Golin, C.E., Smith, S.R., Eng, E. & Kaplan, A. (2006). Role of the HIV/AIDS case manager: analysis of a case management adherence training and coordination program in North Carolina. *AIDS Patient Care & Stds*, 20(3),193-204.
- Schimmelmann, B. G., Conus, P., Edwards, J., McGorry, P. D., & Lambert, M. (2005). Diagnostic stability 18 months after treatment initiation for first-episode psychosis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(10), 1239-1246.
- Scott, W.R. (2002). *Organizations: Rational, Natural, and Open Systems*. Upplle Saddle River: Prentice Hall.
- Schwartz, J. E., Fennig, S., Tanenberg-Karant, M., Carlson, G., Craig, T., & Galambos, N., et al. (2000). Congruence of diagnoses 2 years after a first-admission diagnosis of psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 57(6), 593-600.
- Spencer, E., Birchwood, M., & McGovern, D. (2001). Management of first-episode psychosis. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 133-142.

- Tansella, M., & Thornicroft, G. (1998). A conceptual framework for mental health services: The matrix model. *Psychological Medicine*, 28(3), 503-508.
- Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Ohlenschlaeger, J., Christensen, T., & Krarup, G., et al. (2005). Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode psychosis--results from the danish OPUS trial. *Schizophrenia Research*, 79(1), 95-105.
- Verdoux, H., Lengronne, J., Liraud, F., Gonzales, B., Assens, F., & Abalan, F., et al. (2000). Medication adherence in psychosis: Predictors and impact on outcome. A 2-year follow-up of first-admitted subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(3), 203-210.
- Wallot, H. (2001). Évolution des services psychiatriques au Québec. In P. Lalonde, J. Aubut & Grunberg, Frédéric et collaborateurs (Eds.), *Psychiatrie clinique : Une approche bio-psycho-sociale T. II: Spécialités, traitements, sciences fondamentales et sujets d'intérêt* (pp. 1908-1923). Boucherville, Québec: Gaétan Morin.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*, WHO Library. Téléaccessible le 5 juillet 2006 à l'URL : http://www.emro.who.int/ncd/Publications/adherence_report.pdf
- Zhang, M., Wang, M., Li, J., & Phillips, M. R. (1994). Randomised-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients. an 18-month study in suzhou, jiangsu. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 165(suppl.24), 96-102.
- Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C. A., & Mechanic, D. (2002). Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1653-1664.

ANNEXES

ANNEXE A : Documents envoyés aux établissements

- 1) Lettre au directeur général
- 2) Lettre au directeur des services professionnels
- 3) Lettre au directeur des soins infirmiers
- 4) Résumé du projet de recherche

ANNEXE B : Formulaire de consentement

ANNEXE C : Guides d'entrevue

- 1) Guide d'entrevue de l'unité d'urgence
- 2) Guide d'entrevue de l'unité de courte durée

ANNEXE D : Certificat de conformité éthique

ANNEXE E : Construction des modèles : opérations effectuées

- 1) Caractéristiques organisationnelles retenues selon l'axe d'étendue de l'offre de services et l'axe de coordination et valeurs numériques associées aux choix de réponse
- 2) Calcul du score d'étendue de l'offre de services et du score de coordination pour chacun des 12 hôpitaux

ANNEXE A :

DOCUMENTS ENVOYÉS AUX ÉTABLISSEMENTS

- 1) Lettre au directeur général
- 2) Lettre au directeur des services professionnels et hospitaliers
- 3) Lettre au directeur des soins infirmiers
- 4) Résumé du projet de recherche

Le ----- 2004

Prénom Nom
Directeur(trice) général(e)
Établissement
Ville, Province

Objet : *Modes d'organisation de la prise en charge des patients avec un premier épisode psychotique dans les hôpitaux montréalais*
Étude descriptive

Madame, (Monsieur,)

Comme vous le savez peut-être, le Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences (GIRU), en collaboration avec l'Université de Sherbrooke et l'Institut national de santé publique du Québec, a développé un projet de recherche intitulé *Modes d'organisation de la prise en charge des patients avec un premier épisode psychotique dans les hôpitaux montréalais*.

L'objectif principal de nos travaux est de documenter les différents modes de prise en charge des patients psychotiques dans les hôpitaux qui dispensent des services psychiatriques à Montréal. C'est à ce titre que nous sollicitons la participation du (NOM DE L'HÔPITAL) à l'étude. Vous trouverez ci-joint un document qui résume les caractéristiques principales du projet.

La méthodologie envisagée requiert la participation de deux intervenants clé de votre établissement, l'un provenant de l'unité d'urgence psychiatrique et l'autre de l'unité de courte durée psychiatrique. Nous souhaitons rencontrer chacun d'eux pour une entrevue individuelle d'une durée maximale d'une heure. Chaque entrevue sera menée par la responsable de l'étude qui, pour ce faire, se déplacera dans votre établissement. Voici les deux intervenants que nous souhaitons rencontrer :

- le chef de l'urgence psychiatrique;
- l'infirmière chef de l'unité de courte durée psychiatrique.

Nous sollicitons votre appui pour faciliter ces démarches de recherche et nous vous demandons de faire circuler cette information au Directeur des services professionnels et hospitaliers ainsi qu'au Directeur des soins infirmiers. Nous nous chargerons dans un deuxième temps de contacter ces deux directeurs afin que chacun nous oriente vers l'intervenant clé relevant de son secteur.

L'accès à ces données est essentiel pour la qualité de notre recherche. Bien entendu, les propos recueillis au cours de ces rencontres seront traités de façon anonyme et le nom des établissements participant à l'étude n'apparaîtra pas dans nos rapports de recherche ni dans toute autre publication subséquente.

Je vous invite à consulter le document ci-joint pour des informations plus détaillées sur ce projet de recherche. **Madame Chantal Sylvain, responsable de l'étude, vous téléphonera le ----- pour s'assurer de la participation de votre établissement.** Si plus d'informations s'avérait nécessaire, n'hésitez pas à contacter Madame Sylvain au (514) 597-0606 poste 8 ou par courriel à l'adresse suivante :

Nous vous remercions, Madame, (Monsieur,) de votre précieuse collaboration et vous transmettons nos plus cordiales salutations.

Chantal Sylvain, B.Sc.(erg)
Responsable de l'étude
Programme sciences cliniques
Université de Sherbrooke

Marie-José Durand, Ph.D.
Coresponsable
Professeure agrégée
Université de Sherbrooke

Danièle Roberge, Ph.D.
Coresponsable
Chercheure
GIRU

Collaborant à l'étude :
Léo-Roch Poirier, Ph.D.(c), Institut national de santé publique du Québec

Le ----- 2004

Prénom Nom
Directeur(trice) des services professionnels et hospitaliers
Établissement
Ville, Province

Objet : *Modes d'organisation de la prise en charge des patients avec un premier épisode psychotique dans les hôpitaux montréalais*
Étude descriptive

Madame, (Monsieur,)

Comme vous le savez peut-être, le Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences (GIRU), en collaboration avec l'Université de Sherbrooke et l'Institut national de santé publique du Québec, a développé un projet de recherche intitulé *Modes d'organisation de la prise en charge des patients avec un premier épisode psychotique dans les hôpitaux montréalais*.

L'objectif principal de nos travaux est de documenter les différents modes de prise en charge des patients psychotiques dans les hôpitaux qui dispensent des services psychiatriques à Montréal. C'est à ce titre que nous sollicitons la participation du (NOM DE L'HÔPITAL) à l'étude. Vous trouverez ci-joint un document qui résume les caractéristiques principales du projet.

La méthodologie envisagée requiert la participation de deux intervenants clé de votre établissement, dont l'un d'eux, **le chef de l'urgence psychiatrique**, est sous votre responsabilité. L'entrevue que nous sollicitons avec cet intervenant portera sur la façon dont s'exerce la prise en charge de la clientèle psychotique à l'urgence, particulièrement pour les patients consultant pour un premier épisode. D'une durée maximale d'une heure, l'entrevue sera menée par la responsable de l'étude qui, pour ce faire, se déplacera dans votre établissement.

Nous sollicitons votre appui pour faciliter nos démarches de recherche et nous vous demandons de faire circuler cette information au chef de l'urgence psychiatrique. Nous nous chargerons dans un deuxième temps de contacter cette personne afin de fixer un rendez-vous pour une entrevue.

L'accès à ces données est essentiel pour la qualité de notre recherche. Bien entendu, les propos recueillis au cours de cette rencontre seront traités de façon anonyme et le nom des établissements participant à l'étude n'apparaîtra pas dans nos rapports de recherche ni dans toute autre publication subséquente.

Je vous invite à consulter le document ci-joint pour des informations plus détaillées sur ce projet de recherche. **Madame Chantal Sylvain, responsable de l'étude, vous téléphonera dans la semaine du ----- afin d'être orientée vers l'intervenant clé relevant de votre responsabilité, en l'occurrence le chef de l'urgence psychiatrique.** Si plus d'informations s'avérait nécessaire, n'hésitez pas à contacter Madame Sylvain au _____ ou par courriel à l'adresse suivante :

Nous vous remercions, Madame, (Monsieur,) de votre précieuse collaboration et vous transmettons nos plus cordiales salutations.

Chantal Sylvain, B.Sc.(erg)
Responsable de l'étude
Programme sciences cliniques
Université de Sherbrooke

Marie-José Durand, Ph.D.
Coresponsable
Professeure agrégée
Université de Sherbrooke

Danièle Roberge, Ph.D.
Coresponsable
Chercheure
GIRU

Collaborant à l'étude :

Léo-Roch Poirier, Ph.D.(c), Institut national de santé publique du Québec

Le ----- 2004

Prénom Nom
Directeur(trice) des soins infirmiers
Établissement
Ville, Province

Objet : *Modes d'organisation de la prise en charge des patients avec un premier épisode psychotique dans les hôpitaux montréalais*
Étude descriptive

Madame, (Monsieur,)

Comme vous le savez peut-être, le Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences (GIRU), en collaboration avec l'Université de Sherbrooke et l'Institut national de santé publique du Québec, a développé un projet de recherche intitulé *Modes d'organisation de la prise en charge des patients avec un premier épisode psychotique dans les hôpitaux montréalais*.

L'objectif principal de nos travaux est de documenter les différents modes de prise en charge des patients psychotiques dans les hôpitaux qui dispensent des services psychiatriques à Montréal. C'est à ce titre que nous sollicitons la participation du (NOM DE L'HÔPITAL) à l'étude. Vous trouverez ci-joint un document qui résume les caractéristiques principales du projet.

La méthodologie envisagée requiert la participation de deux intervenants clé de votre établissement, dont l'un d'eux, **l'infirmière-chef de l'unité de courte durée psychiatrique**, est sous votre responsabilité. L'entrevue que nous sollicitons avec cette intervenante portera sur la façon dont s'exerce la prise en charge de la clientèle psychotique à l'unité de courte durée psychiatrique, particulièrement pour les patients consultant pour un premier épisode. D'une durée maximale d'une heure, l'entrevue sera menée par la responsable de l'étude qui, pour ce faire, se déplacera dans votre établissement.

Nous sollicitons votre appui pour faciliter nos démarches de recherche et nous vous demandons de faire circuler cette information à l'infirmière-chef de l'unité de courte durée psychiatrique. Nous nous chargerons dans un deuxième temps de contacter cette personne afin de fixer un rendez-vous pour une entrevue.

L'accès à ces données est essentiel pour la qualité de notre recherche. Bien entendu, les propos recueillis au cours de cette rencontre seront traités de façon anonyme et le nom des établissements participant à l'étude n'apparaîtra pas dans nos rapports de recherche ni dans toute autre publication subséquente.

Je vous invite à consulter le document ci-joint pour des informations plus détaillées sur ce projet de recherche. **Madame Chantal Sylvain, responsable de l'étude, vous téléphonera dans la semaine du ----- afin d'être orientée vers l'intervenant clé relevant de votre responsabilité, en l'occurrence l'infirmière-chef de l'unité de courte durée psychiatrique.** Si plus d'informations s'avérait nécessaire, n'hésitez pas à contacter Madame Sylvain au _____ ou par courriel à l'adresse suivante :

Nous vous remercions, Madame, (Monsieur,) de votre précieuse collaboration et vous transmettons nos plus cordiales salutations.

Chantal Sylvain, B.Sc.(erg)
Responsable de l'étude
Programme sciences cliniques
Université de Sherbrooke

Marie-José Durand, Ph.D.
Coresponsable
Professeure agrégée
Université de Sherbrooke

Danièle Roberge, Ph.D.
Coresponsable
Chercheure
GIRU

Collaborant à l'étude :

Léo-Roch Poirier, Ph.D.(c), Institut national de santé publique du Québec

Modes d'organisation de la prise en charge des patients avec un premier épisode psychotique dans les hôpitaux montréalais

Chantal Sylvain B.sc.(erg), U. Sherbrooke, Marie-José Durand PhD, U. Sherbrooke, Danièle Roberge PhD, GIRU, Léo-Roch Poirier PhD(c), Institut National de santé publique

Problématique :

Le manque d'adhésion aux stratégies d'intervention est une problématique fréquemment observée chez les personnes atteintes d'un trouble grave de santé mentale. Ainsi, on estime généralement qu'une personne sur deux ne respecte pas en partie ou en totalité les stratégies d'intervention qui lui sont recommandées. Il s'agit d'ailleurs d'un facteur déterminant pour expliquer les rechutes psychotiques et les ré-hospitalisations d'une portion significative de ces personnes.

De nombreuses études ont tenté d'identifier les facteurs prédictifs de l'adhésion aux stratégies d'intervention. Selon plusieurs auteurs, les caractéristiques de l'organisation des soins exerceraient une influence marquée sur l'adhésion de ces patients dans les semaines suivant leur congé. Certains processus associés à la prise en charge et à la planification du congé des patients en seraient d'ailleurs des déterminants significatifs. Or, on connaît très mal quels sont les modes d'organisation privilégiés par les hôpitaux québécois, particulièrement au moment d'un premier épisode psychotique. C'est cette lacune que cherche à combler ce projet de recherche dans le contexte montréalais.

Objectif :

Décrire les différents modes d'organisation des hôpitaux montréalais dans la prise en charge des patients recevant une consultation psychiatrique à l'urgence en raison d'un premier épisode psychotique.

Méthodologie :

La stratégie de recherche qui sera utilisée est l'étude descriptive simple. Les 12 hôpitaux de l'île de Montréal désignés pour recevoir des patients psychiatriques seront sollicités pour participer à l'étude. Dans chaque établissement participant, une entrevue semi structurée sera réalisée avec deux informateurs-clé, le chef de l'urgence psychiatrique et l'infirmière chef de l'unité de courte durée psychiatrique. L'analyse du matériel recueilli lors de ces entrevues permettra de distinguer un certain nombre de modes organisationnels. Les résultats seront par la suite soumis à un groupe d'experts pour fins de validation.

Retombées :

La réalisation de cette étude permettra d'identifier pour la première fois les modalités organisationnelles de la prise en charge des patients qui consultent l'urgence pour un premier épisode psychotique. Les contrastes organisationnels qui émergeront de l'analyse des données offriront de plus une base solide pour une étude de plus grande envergure sur les facteurs organisationnels les plus aptes à susciter une adhésion aux stratégies d'intervention.

ANNEXE B :
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À UN PROJET DE RECHERCHE

Modes d'organisation de la prise en charge des patients avec un premier épisode psychotique dans les hôpitaux montréalais

Responsable de l'étude :

Chantal Sylvain, B.sc(erg), étudiante à la maîtrise en sciences cliniques, Université de Sherbrooke, Longueuil
Téléphone : (514) 597-0606 poste

Co-responsables de l'étude :

- Marie-José Durand, PhD, Professeure, Université de Sherbrooke, Longueuil
- Danièle Roberge, PhD, Chercheure, Groupe Interuniversitaire de Recherche sur les Urgences (GIRU), Longueuil
- Leo-Hoch Poirier, PhD(c), Agent de recherche Institut national de santé publique du Québec, Montréal
Téléphone :

Commanditaire de l'étude : Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences (GIRU)

Nous sollicitons votre participation à cette étude puisque vous occupez un poste de responsabilité vous permettant d'avoir une bonne connaissance de la structure et des pratiques utilisées dans votre établissement avec les patients psychiatriques.

Objectif de l'étude :

L'objectif est de décrire la variation existant entre les modes d'organisation des hôpitaux montréalais dans la prise en charge des patients recevant une consultation psychiatrique à l'urgence en raison d'un premier épisode psychotique. On sait que dans l'ensemble, les personnes souffrant d'un trouble grave de santé mentale sont à risque d'abandonner leur traitement après un séjour à l'hôpital, et ce, avec des conséquences sérieuses sur leur état de santé. Selon plusieurs auteurs, les caractéristiques de l'organisation des soins exerceraient une influence marquée sur l'adhésion de ces patients dans les semaines suivant leur congé. Or, on connaît très mal quels sont les modes d'organisation privilégiés par les hôpitaux québécois, particulièrement au moment d'un premier épisode psychotique. C'est cette lacune que cherche à combler ce projet de recherche dans le contexte montréalais.

Participation à l'étude :

Votre engagement face à cette étude consiste à participer à une seule entrevue individuelle d'une durée approximative d'une heure. Cette entrevue portera spécifiquement sur les caractéristiques organisationnelles de l'unité dont vous avez la responsabilité, soit l'unité d'urgence psychiatrique ou l'unité de courte durée psychiatrique. Afin de faciliter l'analyse des données, nous enregistrerons l'entrevue sur cassette audio. Finalement, l'entrevue aura lieu au moment qui vous conviendra et dans un lieu approprié pour le déroulement d'une entrevue enregistrée sur cassette audio.

Risques et bénéfices :

En autant que nous le sachions, votre participation à la recherche ne vous causera aucun préjudice ni ne vous profitera directement. Néanmoins, votre participation contribuera à accroître les connaissances concernant l'organisation de la prise en charge des patients avec un premier épisode psychotique dans les hôpitaux de Montréal.

Date d'approbation par le comité d'éthique de la recherche : 22 / 12 / 2004

Initiales : _____

Date d'approbation par le comité d'éthique de la recherche: 22 / 12 / 2004

ANNEXE C :

GUIDES D'ENTREVUE

- 1) Guide d'entrevue de l'unité d'urgence
- 2) Guide d'entrevue de l'unité de soins

GUIDE D'ENTREVUE : UNITÉ D'URGENCE

1) LA VISION

- a) Y a-t-il un modèle d'intervention privilégié à l'urgence concernant particulièrement la prise en charge des patients avec un premier épisode psychotique ?
Pistes : approche systémique, cognitive, comportementale, etc.
- b) Est-ce une vision partagée par tous les intervenants ?

2) L'ÉQUIPE DE SOINS

- a) Existe-t-il dans l'hôpital une équipe dont la tâche principale est la prise en charge des patients psychiatriques, particulièrement ceux avec un premier épisode psychotique, et dont une partie des activités s'effectuent à l'urgence?

Si oui,

Quels sont les critères d'accès à cette équipe ?

Pistes : âge, traitement antérieur, double diagnostic, itinérance, orientation post-urgence, etc.

Quelle est la composition de cette équipe ?

Cette équipe peut-elle compter sur le support de d'autres intervenants au besoin ? Lesquels ?

Si non,

Qui fait partie de l'équipe de base responsable de la prise en charge des patients psychiatriques à l'urgence, dont les patients avec un premier épisode psychotique ?

Cette équipe peut-elle compter sur le support de d'autres intervenants au besoin ? Lesquels ?

- b) Comment cette équipe fonctionne-t-elle concrètement ?
- Réunions statutaires versus informelles
 - Fréquence des rencontres
 - Objet de discussion : questions administratives, cliniques, autres
 - Outils cliniques utilisés : plan d'intervention interdisciplinaire, formel ou non
- c) Quelle est la nature du rapport établi avec la famille et les proches pendant l'épisode de soins du patient ? Pistes : donner et/ou valider des informations transmises par le patient, être informé du plan d'intervention décidé, collaborer à l'élaboration du plan d'intervention, recevoir de l'information sur la maladie et/ou les traitements, être sensibilisé à l'importance de l'observance du traitement, etc.

3) L'ÉVALUATION

- a) L'unité d'urgence utilise-t-elle un protocole décrivant les étapes de la prise en charge des patients consultant pour un premier épisode ? Si oui, comment fonctionne-t-il en pratique ?

- b) Au moment de l'évaluation du patient, à part son état clinique et ses besoins médicaux immédiats, quels sont les autres aspects qu'on cherche à documenter ?
- c) À quel(s) membre(s) de l'équipe revient cette responsabilité ?
- d) Est-ce qu'on utilise des outils spécifiques pour ce faire, par exemple, des grilles de dépistage ou d'autres instruments de mesure ? Si oui, lesquels ?
- e) Est-ce que ce sont des processus utilisés systématiquement avec les personnes dont c'est le premier épisode psychotique ?
- f) Que fait-on avec l'information collectée ?
- g) De quelle façon cette information influence la prise de décision concernant le traitement et/ou l'orientation ultérieure du patient ? Est-ce spécifique aux patients qui présentent un premier épisode psychotique ?

4) LES INTERVENTIONS

Vignette clinique

Marc, un homme de 28 ans qui n'a jamais eu recours à des services psychiatriques, est reconduit à l'unité d'urgence de votre hôpital par les ambulanciers. Cette intervention fait suite à l'appel du propriétaire de son immeuble qui s'inquiétait des comportements inhabituels de Marc comme de crier en pleine nuit et de déposer des sacs de nourriture sur le balcon de son voisin de palier.

Aux ambulanciers, Marc aurait dit avoir des problèmes de sécurité dans son immeuble et constaté que des gens entrent dans son appartement lorsqu'il n'est pas là et pendant son sommeil. Ce serait la raison pour laquelle sa copine serait partie il y a plus de six mois, disant que c'était devenu insupportable pour elle. Depuis, il sortirait rarement de la maison, et a même négligé de payer son loyer le mois dernier. Il n'arrive plus à faire ses tâches de télé-marketing au domicile et par conséquent, on menace de ne pas renouveler son contrat.

À son arrivée à l'urgence, Marc se conforme aux directives et accepte de patienter pour rencontrer un médecin mais il demeure craintif et tend à minimiser ses problèmes.

- a) À partir de ce moment, décrivez les étapes de la prise en charge les plus susceptibles d'être mises en œuvre avec ce patient par l'unité d'urgence de votre établissement.
Lorsqu'il est question de la décision à prendre au sujet de l'orientation du patient, ajouter :
En supposant qu'on décide de ne pas hospitaliser ce patient, quels sont les processus qui seront mis en œuvre jusqu'à son départ de l'unité d'urgence ?
- b) La façon de prendre en charge les patients avec un premier épisode psychotique est-elle différente lorsqu'on détecte un problème concomitant d'abus de substances ? Si oui, de quelle façon ?
- c) Est-ce que le fait qu'il s'agisse d'un premier épisode psychotique influence le choix du lieu physique où sont traités ces patients à l'urgence ?
- d) Les processus impliqués dans la prise en charge des patients psychiatriques sont-ils affectés par la congestion de l'urgence ? De quelle façon ?

5) L'ORIENTATION

- a) Vers quelles ressources de l'hôpital et/ou de la communauté oriente-t-on habituellement les patients avec un premier épisode psychotique au moment du congé de l'urgence ?
- b) Y a-t-il des ententes formelles ou informelles entre l'urgence et ces services afin d'en faciliter l'accès aux patients en provenance de l'urgence ? Piste : priorité accordée sur la liste d'attente.
- c) Comment procède-t-on pour référer quelqu'un à ces services ?
- d) Utilise-t-on des stratégies particulières avec les patients pour faciliter la liaison avec ces services ?
Pistes : Rendez-vous de suivi pré-fixés, contact téléphonique ou en personne avec un intervenant des services ambulatoires avant le congé, visite des lieux, organisation du transport, etc.
- e) Quelles sont les informations transmises systématiquement au service où on réfère le patient ?
Pistes : Rapport d'évaluation, prescription médicale, plan d'intervention, etc.
- f) Transmet-on également ces informations aux intervenants de la première ligne connus du patient, tels que le médecin de famille ou le CLSC ?
- g) Dans tous les cas, par quel moyen et dans quel délai ces informations sont-elles transmises ?
Pistes : Contact téléphonique, télécopie, courriel, envoi postal, etc.

6) LE CONGÉ

- a) Au moment du congé, les patients et/ou leur famille sont-ils en mesure d'identifier une personne contact à rejoindre en cas de besoin ?
- b) Dans quel délai moyen les patients sont-ils pris en charge par le service où on l'a référé ?
- c) Après le congé des patients, existe-t-il des mécanismes formels ou informels qui permettent à l'équipe en place d'obtenir de la rétroaction concernant l'effet des interventions effectuées ?
- d) L'unité d'urgence utilise-t-elle des modes de suivi tels que des relances téléphoniques ou d'autres modalités après le départ des patients ? Si oui, dans quel délai est-ce fait ?

GUIDE D'ENTREVUE : UNITÉ DE SOINS

1) LA VISION

- a) Y a-t-il un modèle d'intervention privilégié à l'Unité de courte durée concernant particulièrement la prise en charge des patients avec un premier épisode psychotique?
Pistes : approche systémique, cognitive, comportementale, etc.
- b) Est-ce une vision partagée par tous les intervenants ?

2) L'ÉQUIPE DE SOINS

- a) Quelle est la composition de l'équipe de base responsable de la prise en charge des patients hospitalisés sur l'unité de courte durée psychiatrique ?
Cette équipe est-elle différente pour les patients avec un premier épisode psychotique? Si oui, quels sont les critères d'accès à cette équipe ?

Cette équipe peut-elle compter sur le support de d'autres intervenants au besoin ? Lesquels ?

- b) Comment cette équipe fonctionne-t-elle concrètement ?
 - Réunions statutaires versus informelles
 - Fréquence des rencontres
 - Objet de discussion : questions administratives, cliniques, autres
 - Outils cliniques utilisés : plan d'intervention interdisciplinaire, formel ou non
- c) Quelle est la nature du rapport établi avec la famille et les proches pendant l'épisode de soins du patient ?
Pistes : donner et/ou valider des informations transmises par le patient, être informé du plan d'intervention décidé, collaborer à l'élaboration du plan d'intervention, recevoir de l'information sur la maladie et/ou les traitements, être sensibilisé à l'importance de l'observance du traitement, etc.

3) L'ÉVALUATION

- a) L'unité de courte durée utilise-t-elle un protocole décrivant les étapes de la prise en charge des patients hospitalisés pour un premier épisode psychotique ? Si oui, comment fonctionne-t-il en pratique ?
- b) Au moment de l'évaluation du patient, à part son état clinique et ses besoins médicaux immédiats, quels sont les autres aspects qu'on cherche à documenter ?
- c) À quel(s) membre(s) de l'équipe revient cette responsabilité ?

- d) Est-ce qu'on utilise des outils spécifiques pour ce faire, par exemple, des grilles de dépistage ou d'autres instruments de mesure ? Si oui, lesquels ?
- e) Est-ce que ce sont des processus utilisés systématiquement avec les personnes dont c'est le premier épisode psychotique ?
- f) Que fait-on avec l'information collectée ?
- g) De quelle façon cette information influence la prise de décision concernant le traitement et/ou l'orientation ultérieure du patient ? Est-ce spécifique aux patients qui présentent un premier épisode psychotique ?

4) LES INTERVENTIONS

Vignette clinique

Marc est un homme de 28 ans qui n'a jamais eu recours à des services psychiatriques auparavant. Il est admis sur votre unité de soins de courte durée après un séjour de 24 heures à l'unité d'urgence. Sur la demande d'admission, vous pouvez prendre connaissance des informations suivantes :

Marc a été reconduit à l'urgence par les ambulanciers à la suite de l'appel de son propriétaire qui s'inquiétait de ses comportements inhabituels, comme de crier en pleine nuit et de déposer des sacs de nourriture sur le balcon de son voisin de palier.

Aux ambulanciers, Marc aurait dit avoir des problèmes de sécurité dans son immeuble et constaté que des gens entrent dans son appartement lorsqu'il n'est pas là et pendant son sommeil. Ce serait la raison pour laquelle sa copine serait partie il y a plus de six mois, disant que c'était devenu insupportable pour elle. Depuis, il sortirait rarement de la maison, et a même négligé de payer son loyer le mois dernier. Il n'arrive plus à faire ses tâches de télé-marketing au domicile et par conséquent, on menace de ne pas renouveler son contrat.

Lors de la consultation à l'urgence, le psychiatre a mis en évidence la présence d'un délire paranoïde évoluant depuis quelques mois ainsi que des hallucinations auditives mandatoires dont le contenu n'a pu être précisé. La collaboration à l'évaluation est minimale et l'autocritique est nulle. Marc accepte tout de même d'être hospitalisé « pour se reposer quelques jours ».

- a) À partir de ce moment, décrivez les étapes de la prise en charge les plus susceptibles d'être mises en œuvre avec ce patient par l'unité d'hospitalisation de courte durée de votre établissement.
- b) La façon de prendre en charge les patients avec un premier épisode psychotique est-elle différente lorsqu'on détecte un problème concomitant d'abus de substances ? Si oui, de quelle façon ?
- c) Est-ce que le fait qu'il s'agisse d'un premier épisode psychotique influence le choix du lieu physique où sont traités ces patients à l'unité de courte durée ?
Pistes : choix de l'unité et du co-chambreur
- d) Les processus impliqués dans la prise en charge des patients psychiatriques sur l'unité sont-ils affectés par la congestion de l'urgence ? De quelle façon ?

5) L'ORIENTATION

- a) Vers quelles ressources de l'hôpital et/ou de la communauté oriente-t-on habituellement les patients avec un premier épisode psychotique au moment du congé?
- b) Y a-t-il des ententes formelles ou informelles entre l'unité de courte durée et ces services afin d'en faciliter l'accès aux patients post-hospitalisation ? Piste : priorité accordée sur la liste d'attente.
- c) Comment procède-t-on pour référer quelqu'un à ces services ?
- d) Utilise-t-on des stratégies particulières avec les patients pour faciliter la liaison avec ces services ?
Pistes : Rendez-vous de suivi pré-fixés, contact téléphonique ou en personne avec un intervenant des services ambulatoires avant le congé, visite des lieux, organisation du transport, etc.
- e) Quelles sont les informations transmises systématiquement au service où on réfère le patient ?
Pistes : Rapport d'évaluation, prescription médicale, plan d'intervention.
- f) Transmet-on également ces informations aux intervenants de la première ligne connus du patient, tels que le médecin de famille ou le CLSC ?
- g) Dans tous les cas, par quel moyen et dans quel délai ces informations sont-elles transmises ?
Pistes : Contact téléphonique, télécopie, courriel, envoi postal, etc.

6) LE CONGÉ

- a) Au moment du congé, les patients et/ou leur famille sont-ils en mesure d'identifier une personne contact à rejoindre en cas de besoin ?
- b) Dans quel délai moyen les patients sont-ils pris en charge par le service où on l'a référé ?
- c) Après le congé des patients, existe-t-il des mécanismes formels ou informels qui permettent à l'équipe en place d'obtenir de la rétroaction concernant l'effet des interventions effectuées ?
- d) L'unité de courte durée utilise-t-elle des modes de suivi tels que des relances téléphoniques ou d'autres modalités après le départ des patients ? Si oui, dans quel délai est-ce fait ?

ANNEXE D:
CERTIFICAT DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE



CERTIFICAT DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE

Projet No. : 70

Intitulé : Modes d'organisation de la prise en charge des patients avec un premier épisode psychotique dans les hôpitaux montréalais.

Chercheurs Principaux : Chantal Sylvain, Marie-José Durand, Danièle Roberge, Léo-Roch Poirier.

Dépôt de la demande : Novembre 2004

Documents déposés : Formulaire de demande d'évaluation; Protocole de recherche et annexes;

Date d'évaluation : 22 décembre 2004

1. DÉCISION DU COMITÉ

Au terme d'une évaluation éthique complète et sous réserve du titre 2, le CER considère que le projet de recherche plus amplement décrit en titre respecte les normes éthiques généralement acceptées pour ce genre de recherche. Aussi, le CER est favorable à l'émission d'un certificat de conformité valide pour une période d'un an à compter des présentes.

2. QUESTIONS ET RECOMMANDATIONS DU CER

Nonobstant ce qui précède, le CER émet les réserves, recommandations et interrogations suivantes à propos desquelles il souhaite connaître les intentions de l'équipe de recherche:

- 2.1. Il apparaît au CER que la méthode de recrutement décrite au protocole serait susceptible, dans certaines circonstances, de porter atteinte au caractère libre et volontaire du consentement des informateurs clé (i.e. les hautes instances de l'établissement ayant déjà appuyé le projet). En conséquence, l'équipe de recherche pourrait-elle préciser au CER comment elle entend atténuer ce risque, particulièrement dans l'éventualité où certains informateurs clé refuseraient de participer?
- 2.2. Par quels moyens l'équipe de recherche (ainsi que le GIRU, le cas échéant) entend-elle diffuser les résultats de ses travaux auprès des acteurs du Réseau de la santé et des services sociaux?

- 2.3. Afin d'identifier et de réduire les risques de situations conflictuelles *a posteriori*, le CER recommande qu'un membre de la direction d'un Centre hospitalier non visé par la présente recherche (e.g. à la retraite ou exerçant ses fonctions à l'extérieur de la région de Montréal) soit invité à siéger sur le panel d'experts plus amplement décrit au titre 3.6 du protocole.

3. ENGAGEMENTS DES CHERCHEURS

En acceptant le présent certificat, les chercheurs acceptent de se conformer à toutes les conditions qu'il comporte. Ainsi, il est entendu que les chercheurs :

- 3.1. donneront suite à toutes les communications du CER;
- 3.2. communiqueront au CER tout changement au protocole pouvant avoir des répercussions éthiques;
- 3.3. rapporteront au CER tout incident important survenant lors de l'étude et lui fourniront les renseignements demandés pour le suivi éthique de l'étude;
- 3.4. fourniront au CER un bref rapport intérimaire au plus tard dans un an, condition nécessaire à un renouvellement annuel du présent certificat, le cas échéant;
- 3.5. transmettront au CER une copie du rapport final des résultats de l'étude lorsque celle-ci sera terminée;

En terminant, n'hésitez pas à communiquer directement avec le soussigné afin de discuter du contenu des présentes. Dans l'intervalle, nous vous prions d'accepter, Madame, nos salutations distinguées.

Me Sébastien Lormeau, B.Sc., LL.B.
Président, Comité d'éthique de la recherche
Direction de santé publique de Montréal

27 décembre 2004
Date

Le 19 janvier 2005

Me Sébastien Lormeau
Président, Comité d'éthique de la recherche
Direction de santé publique de Montréal

Objet : Projet numéro 70
 *Modes d'organisation de la prise en charge des patients avec un premier
 épisode psychotique dans les hôpitaux montréalais*

Monsieur,

Le 22 décembre dernier, le Comité d'éthique de la recherche de la Direction de santé publique de Montréal a procédé à l'évaluation éthique complète du projet de recherche décrit en titre et dont j'assume la responsabilité principale. Suite à son évaluation, le CER a émis un certificat de conformité assorti de certaines interrogations. Par la présente, je désire vous communiquer les intentions de l'équipe relativement aux points soulevés par le CER.

2.1 Méthodes de recrutement

Il est vrai que le mode de recrutement privilégié comporte un risque potentiel de porter atteinte au caractère libre et volontaire du consentement des informateurs, particulièrement le consentement des infirmières chef qui sont des employées de l'hôpital, ce qui est différent du statut de l'autre informateur (médecin-chef de l'urgence psychiatrique). Or, cette façon de procéder est nécessaire pour nous permettre d'obtenir l'autorisation de la direction de l'hôpital à la conduite de l'étude entre ses murs.

Afin de minimiser le risque au plan éthique, nous insisterons sur le caractère libre et volontaire de la participation des informateurs au moment de la lecture du formulaire de consentement. Quelque soit leur décision, les informateurs seront informés qu'elle demeurera confidentielle et ne sera pas divulguée à la direction de l'hôpital.

2.2 Diffusion des résultats auprès des acteurs

Une copie du rapport de recherche sera transmise à tous les milieux cliniques impliqués dans l'étude. Aussi, une rencontre d'échange sera organisée avec les milieux cliniques afin de favoriser la discussion autour des principaux résultats de la recherche.

2.3 Composition du groupe d'experts pour l'étape de validation

Cette étape de validation a pour but : 1) de vérifier la correspondance entre la typologie utilisée pour décrire les modes organisationnels et la représentation qu'en ont les acteurs et, 2) de documenter des aspects importants ayant pu être omis. Pour ces raisons, nous

croyons important que la majorité des personnes invitées à participer au panel d'experts proviennent du milieu clinique. Cependant, la présence d'une personne hors du milieu clinique mais possédant une expertise dans l'organisation des services de soins de santé pourra représenter un ajout significatif.

Aussi, afin de réduire les risques de situations conflictuelles *a posteriori* comme le suggère le CER, il serait effectivement judicieux que les experts issus du milieu clinique proviennent d'un Centre hospitalier non visé par le projet de recherche.

Nous espérons que ces quelques précisions répondront aux interrogations soulevées par le CER suite à l'évaluation éthique du projet. Nous demeurons disponibles si des informations supplémentaires vous étaient nécessaires. Dans l'intervalle, nous vous prions d'accepter, Monsieur, nos salutations distinguées.

Chantal Sylva~~n~~, M.Sc(c)
Responsable de l'étude

**RENOUVELLEMENT D'UNE APPROBATION DE PROJET
PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE**

Projet No. : 70

Intitulé : **Modes d'organisation de la prise en charge des patients avec un premier épisode psychotique dans les hôpitaux montréalais**

Chercheurs Principaux : Chantal Sylvain et al.

Date d'émission du 27 décembre 2004
certificat d'éthique :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de service sociaux de Montréal-centre a examiné le projet plus amplement décrit en titre.

Sur la foi du document : Suivi d'un projet de recherche, approuvé par un sous-comité du comité d'éthique de la recherche en santé publique, **reçu en janvier 2006.**

Le certificat émis est renouvelé pour une année, à partir de la date ci-dessous.

Il est entendu que les chercheurs :

- 1) respecteront tous les engagements pris lors de l'approbation initiale ou subséquentement;
- 2) préviendront le comité d'éthique de tout changement au protocole ou à la formule de consentement pouvant avoir des répercussions éthiques;
- 3) lui rapporteront tout incident important survenant lors de l'étude;
- 4) lui fourniront les renseignements demandés pour le suivi éthique de l'étude;
- 5) fourniront au CER un bref rapport intérimaire au plus tard dans un an, condition nécessaire à un autre renouvellement annuel du présent certificat, si nécessaire;
- 6) enverront au comité une copie du rapport final des résultats de l'étude lorsqu'elle sera terminée.

En acceptant le présent certificat, les chercheurs acceptent toutes les conditions qu'il comporte.

Marie-Ève Bouthillier
Présidente du CÉR

23 janvier 2006

Date

ANNEXE E:

CONSTRUCTION DES MODÈLES : OPÉRATIONS EFFECTUÉES

- 1) Caractéristiques organisationnelles retenues selon l'axe d'étendue de l'offre de services et l'axe de coordination et valeurs numériques associées aux choix de réponse
- 2) Calcul du score d'étendue de l'offre de services et du score de coordination pour chacun des 12 hôpitaux

1) Caractéristiques organisationnelles retenues selon l'axe d'étendue de l'offre de services et l'axe de coordination et valeurs numériques associées aux choix de réponse

Coordination	Étendue offre de services	CARACTÉRISTIQUES ORGANISATIONNELLES	Valeurs numériques associées aux choix de réponses
	X	RESSOURCES : 1. Présence d'une aire de l'unité de soins spécifiquement dédiée au traitement des premières psychoses	oui : 1 non : 0
	X	2. Présence au sein de l'équipe d'une ressource non médicale dont l'une des fonctions consiste à coordonner les services requis par les patients à travers l'ensemble du continuum de services	oui : 1 non : 0
	X	3. Accès aux informations relatives à l'hospitalisation du patient, par l'équipe responsable d'assurer le suivi en post-hospitalisation	total : 1 partiel : 0
	X	STRUCTURE ORGANISATIONNELLE : 4. Présence dans l'établissement d'un programme spécialisé pour traiter les premières psychoses	oui : 1 non : 0
	X	5. Étendue du programme spécialisé pour traiter les premières psychoses, le cas échéant	unité de soins et clinique externe : 1 clinique externe seulement : 0,5 Sans objet : 0
	X	6. Présence dans l'établissement d'un hôpital de jour accessible aux patients psychotiques	oui : 1 non : 0
X		PRATIQUES : 7. Type d'implication de la famille recherchée par l'équipe pendant l'hospitalisation	centrale : 1 périphérique : 0
	X	8. Existence d'un programme visant l'auto administration des médicaments pendant l'hospitalisation	oui : 1 non : 0
	X	9. Existence d'un programme d'enseignement sur le traitement offert en groupe aux patients, pendant l'hospitalisation	oui : 1 non : 0
X		10. Gamme d'interventions réalisées avec les patients pour favoriser le suivi en post-hospitalisation	élargie : 1 limitée : 0
X		11. Nature des mécanismes utilisés par l'équipe pour échanger de l'information avec le service responsable du suivi en post-hospitalisation, en prévision du congé	interactifs : 1 non interactifs : 0
X		12. Équipe vers laquelle est transférée la responsabilité de la prise en charge en post-hospitalisation	même équipe : 1 autre équipe : 0
X		13. Plan de congé discuté avec le patient, en présence d'un membre de l'équipe qui assurera la prise en charge en post-hospitalisation	oui : 1 non : 0
X		14. Niveau d'implication d'une ressource de l'unité de soins dans le suivi du plan d'intervention, en support à l'équipe	élevée : 1 De base : 0

2) Calcul du score d'étendue de l'offre de services et du score de coordination pour chacun des 12 hôpitaux

Hôpitaux :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<i>Axe d'étendue de l'offre de service</i>												
Item 1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Item 2	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Item 3	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0
Item 4	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
Item 5	1	1	0,5	0,5	1	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0
Item 6	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1
Item 8	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Item 9	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0
TOTAL :	6	4	6,5	4,5	6	1,5	1,5	2,5	4	2	3	1
<i>Axe de coordination</i>												
Item 7	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0
Item 10	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0
Item 11	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0
Item 12	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 13	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Item 14	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0
TOTAL :	6	5	5	2	2	2	2	4	3	4	1	0